

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

78

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 23 décembre 1895, à 1 heure

Par FERNAND DURVILLE

Né à Paris, le 11 janvier 1867

Ancien externe des hôpitaux et du Bureau Central

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

(Médaille d'honneur du Gouvernement (Épidémie cholérique 1892))

L'HYGROMA DE LA BOURSE SÈREUSE DU PSOAS

Président : M. TILLAUX, *professeur*.

Juges : MM. RICARD,

LEJARS,

WALTHER,

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, EDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

Année 1895.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 23 décembre 1895, à 1 heure

Par FERNAND DURVILLE

Né à Paris, le 11 janvier 1867

Ancien externe des hôpitaux et du Bureau Central

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

(Médaille d'honneur du Gouvernement (Épidémie cholérique 1892))

L'HYGROMA DE LA BOURSE SÉREUSE
DU PSOAS



Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RICARD,

LEJARS,

WALTHER,

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	{ GUYON.
	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vauz anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTERER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

INTRODUCTION

M. le D^r Rieffel, chef de clinique du service de M. le professeur Tillaux, ayant eu occasion d'observer dans le service de M. Schwartz à l'hôpital Cochin un cas d'hygroma de la bourse du psoas iliaque, nous a donné l'idée de recueillir les observations semblables et de faire de cette affection l'objet de notre thèse inaugurale. Mais dès le début de nos investigations nous avons été frappé par la pauvreté de la littérature médicale sur ce sujet. Nos traités les plus complets de la chirurgie, ainsi celui de Follin et Duplay, celui publié sous la direction de MM. Duplay et Reclus, les dictionnaires de Jaccoud et Dechambre font simple mention de la possibilité d'un épanchement dans la bourse du psoas iliaque. Il en est de même pour les publications périodiques et bien que nous les ayons parcourues avec soin nous n'avons pu rassembler qu'une dizaine d'observations probantes. C'est à l'aide de ces documents que nous essaierons de mettre en relief quelques-unes des particularités anatomiques et cliniques qui appartiennent aux hygromas de cette bourse séreuse.

Nous envisagerons en autant de chapitres différents l'histoire, l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic et le traitement ; et nous nous proposons d'insister surtout sur le tableau clinique parce que nous croyons qu'il est possible en s'appuyant sur les observations de l'esquisser d'une façon assez complète.

Avant de commencer ce travail, nous devons remercier avec reconnaissance M. le professeur Tillaux de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse, et M. le Dr Schwartz, professeur agrégé, qui nous a communiqué avec une extrême bienveillance une très intéressante observation, ainsi que M. le Dr Rieffel, dont les conseils nous ont été précieux.

Que nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Babinski, Barié, Chaput, Ferrand, Huchard, H. Martin, Mathieu, Mauriac, Richelot, Roques, ainsi que nos chefs au Bureau central, MM. Broca, Brocq, Chantemesse, Gaillard, Gilbert, Josias, Le Gendre, Lejars, Lermoyez, Netter, Roger, Siredey, Thibierge, Variot, Walther, de même que nos premiers maîtres, hors de la Faculté, MM. Le Bec, Tisné et Tison de l'hôpital Saint-Joseph, daignent recevoir ici l'assurance du dévouement respectueux d'un élève reconnaissant.

M. le Dr E. Hirtz, dont nous avons eu l'honneur d'être deux ans l'externe, a bien voulu continuellement nous faire preuve d'une bienveillance inaltérable ; l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner nous a profondément touché ; nous avons contracté à son égard une dette de reconnaissance que nous ne saurons jamais acquitter.

CHAPITRE PREMIER

Notions anatomiques.

Il nous paraît nécessaire d'étudier en quelques lignes la disposition anatomique de la bourse séreuse qui est sous-jacente au muscle psoas iliaque. Cette bourse, nous l'appellerons souvent par abréviation la bourse sous-iliaque.

Les auteurs ne consacrent à cette bourse de glissement que quelques lignes trop écourtées.

Lorsqu'on vient à séparer le muscle psoas iliaque des parties sur lesquelles il repose, dans sa partie inguinale, c'est-à-dire du ligament antérieur de l'articulation de la hanche, du col du fémur et de la partie antérieure du petit trochanter, on reconnaît la présence à sa face profonde de deux bourses séreuses.

La première de ces bourses occupe le niveau même de l'insertion du psoas au petit trochanter; cette bourse, qu'on pourrait appeler la bourse du tendon du psoas, est très petite, inconstante, quoique fréquente : elle sépare le tendon du psoas de la face antérieure du petit trochanter, mais n'appartient en aucune façon au muscle iliaque dont les fibres se jetant la plupart sur le bord externe du précédent tendon, dépassent, les plus inférieures, le niveau du petit trochanter pour s'attacher à la partie sous-jacente du fémur. Cette bourse est décrite par Sappey (1), Testut (2), etc. Elle

(1) SAPPEY, *Traité d'anatomie descriptive*, vol. 2, 3^e édition, page 262.

(2) TESTUT, *Traité d'anatomie humaine*, vol. 1, page 611.

ne présente aucun intérêt pathologique, et nous ne connaissons nulle observation d'hygroma y siégeant.

Il n'en sera plus question. Tous les épanchements que nous nous proposons de décrire se font dans la bourse séreuse que nous allons maintenant envisager.

Cette bourse sous-iliaque qu'on pourrait nommer plus exactement la bourse qui accompagne le muscle psoas et le muscle iliaque dans leur portion inguinale est constante à partir d'un certain âge comme nous l'indiquons plus loin. Elle est spacieuse et présente à considérer sa situation, sa forme, ses rapports, ses connexions avec l'articulation de la hanche, enfin son développement.

SITUATION. — Lorsqu'on vient à couper transversalement le muscle psoas iliaque en regard du ligament de Fallope et qu'on rabat la portion tendineuse ou bien lorsqu'on désinsère le muscle à son attache trochantérienne et qu'on le relève, on reconnaît que la bourse séreuse occupe dans le sens transversal toute la partie du bord antérieur de l'os coxal intermédiaire à l'éminence iliopectinée, et à l'épine iliaque antéro-inférieure (1). Dans le sens vertical, elle s'étend depuis le bord antérieur de l'os innominé jusqu'au voisinage du petit trochanter.

FORME. — Lorsqu'on l'injecte au suif, elle présente une forme ovoïde à grand axe un peu oblique en bas et en dedans, parallèle au bord interne du tendon du psoas. *Son volume*, à l'état de tension, atteint celui d'un petit œuf de poule et son grand axe est de 6 à 7 centimètres, son axe

(1) Cette portion est celle que l'on désigne en anatomie sous le nom de gouttière de passage du m. psoas iliaque.

transversal de 2 à 4. Cependant ces dimensions peuvent être réduites à un chiffre moins élevé.

RAPPORTS. — Dans l'étude des rapports il y a lieu de distinguer à la bourse : une paroi antérieure, une paroi postérieure, un bord externe, un bord interne et deux extrémités, une iliaque, l'autre fémorale.

a) *Paroi antérieure.* — Elle est en rapports intimes avec les fibres musculaires et tendineuses auxquelles elle sert d'organe de glissement, c'est-à-dire avec le muscle psoas-iliaque recouvert de son aponévrose le fascia iliaca : elle n'en est point séparée comme on l'observe souvent par une couche de tissu cellulaire lâche, mais lui adhère intimement, et, lorsque la bourse est fortement injectée, le tendon du psoas fait saillie dans sa cavité. Ces rapports intimes du psoas et de sa gaine expliquent comment les psoïtis suppurées ainsi que les abcès par congestion intra-musculaire peuvent facilement faire irruption dans la bourse séreuse. D'autre part, l'un des premiers effets d'un épanchement se faisant dans la bourse du psoas sera de refouler le muscle en avant, attendu que la bourse repose en arrière sur un plan osseux résistant. C'est là un détail important dont nous aurons à tenir grand compte en exposant la symptomatologie des hygromas de la bourse sous-iliaque. On doit enfin faire remarquer que par suite de ces rapports intimes un hygroma suppuré déterminera facilement l'inflammation et la dégénérescence des fibres musculaires. Il en est ainsi dans l'observation de Fricke (Obs. I).

b) *Paroi postérieure.* — Cette paroi repose comme nous l'avons dit sur le bord inguinal de l'os iliaque, la face antérieure de la base du col du fémur, dont elle est séparée

toutefois par le ligament coxo-fémoral antérieur et spécialement par le ligament de Bertin. Le bord interne de ce dernier ligament très saillant se continue en dedans avec un voile fibreux extrêmement mince qui le réunit à un autre ligament de la hanche désigné sous le nom de ligament pubo-fémoral. Entre le bord interne du ligament de Bertin et le bord inférieur du ligament pubo-fémoral se trouve donc un espace où la capsule se réduit à une mince membrane fibreuse. Il importe de noter qu'à ce niveau cette membrane sépare seule la bourse séreuse sous-iliaque de la cavité de la synoviale articulaire. C'est un second détail anatomique qu'il faut mettre en relief et qui explique comment, même en l'absence de toute communication, les affections de la bourse séreuse et celles de l'articulation de la hanche retentissent réciproquement l'une sur l'autre.

c) Le *bord externe* de la bourse séreuse est caché sous les fibres charnues du muscle iliaque et s'arrête à peu près à deux travers de doigts du bord externe du grand trochanter ; il ne présente pas d'autre rapport intéressant à noter.

d) Il n'en est pas de même du *bord interne* dont les connexions me semblent avoir échappé à l'attention des anatomistes et des chirurgiens. Lorsqu'on distend la bourse séreuse par une injection, on reconnaît que ce bord interne déborde légèrement le bord correspondant du muscle psoas et qu'il se met en rapport avec le nerf crural et les vaisseaux fémoraux.

Le *nerf crural* descendant dans le sillon qui sépare le muscle iliaque et le muscle psoas, est compris, d'après Condamin (1), dans une véritable cloison fibreuse, et, d'a-

(1) Condamin, *De la trépanation du bassin comme traitement de la psoïte*. Thèse de Doctorat, Lyon, 1888.

bord, recouvert par le fascia iliaca qu'il perfore au-dessous de l'arcade crurale. Au-dessous de l'arcade, il se divise en ses 4 branches. Trois d'entre elles, le nerf musculo-cutané externe, musculo-cutané interne et le nerf du quadriceps ne nous intéressent qu'indirectement. Il n'en est pas de même du dernier, le nerf saphène interne. Celui-ci cesse de descendre parallèlement à la direction du psoas, il croise obliquement de haut en bas et de dehors en dedans le bord interne du psoas et vient ainsi se mettre en rapport intime avec la paroi correspondante de la bourse séreuse, pour atteindre la partie externe de la gaine des vaisseaux fémoraux. Ces rapports de voisinage font saisir les phénomènes d'irritation nerveuse que nous verrons exister dans la plupart des hygromas de la bourse sous-iliaque.

On sait que les vaisseaux fémoraux dans le triangle de Scarpa reposent sur le muscle pectiné et son aponévrose, et que par leur côté externe ils sont en relation étroite avec le bord interne du psoas dont les sépare seulement le fascia iliaca. Il résulte de là que la grande bourse séreuse sous-iliaque, lorsqu'elle se distend, confine directement par sa paroi interne aux vaisseaux fémoraux, en arrière desquels elle tend à se placer. Et de fait, si l'on vient à injecter très fortement la bourse du psoas, on voit les vaisseaux fémoraux quitter le plan osseux, aponévrotique. D'autre part différents observateurs, ainsi Heineke (Obs. VII), Prengrueber (Obs. XIII) font remarquer qu'à la face antérieure de la tumeur constituée par l'hygroma on sentait battre les vaisseaux fémoraux, mais dans la plupart des cas, la collection liquide confine étroitement en dedans au paquet vasculo-nerveux de la cuisse.

e) *L'extrémité supérieure* de la bourse régulièrement convexe et arrondie ne dépasse guère le niveau de l'arcade crurale et ne remonte pas dans la fosse iliaque. Cependant il faut faire remarquer qu'à ce niveau la bourse est séparée des parties voisines par un tissu cellulaire lâche.

On conçoit que la bourse séreuse en se distendant pourra aisément s'étendre de ce côté et qu'ainsi un hygroma sera susceptible d'envahir la partie la plus inférieure de la fosse iliaque interne ; mais un semblable diverticule paraît cependant assez rare (obs. XV).

f) *L'extrémité inférieure* de la bourse légèrement effilée s'approche plus ou moins du petit trochanter suivant les sujets. Elle atteint dans bien des cas la petite bourse séreuse que nous avons mentionnée plus haut et qui appartient particulièrement à la partie terminale du tendon du psoas. Mais il est plus important de faire remarquer qu'à ce niveau et surtout en dedans la bourse sous-iliaque environnée de tissu cellulaire lâche est à l'aise pour se distendre et ainsi elle pousse souvent un diverticule qui se prolonge en dedans sur la face antérieure du muscle obturateur externe et vers le trou ovale.

Un fait bien intéressant est le suivant : à ce niveau la bourse anormalement distendue vient se mettre en contact du muscle carré crural, du grand adducteur et de l'interstice celluleux qui sépare ces deux muscles, or par cet interstice le tissu cellulaire profond du triangle de Scarpa et par conséquent celui qui entoure la bourse séreuse communique directement avec le tissu cellulaire de la face postérieure de la cuisse ou mieux de la partie inférieure de la fesse. Un hygroma de la bourse séreuse du psoas

pourra dans des cas exceptionnels se propager surtout vers une semblable direction, faire surtout saillie au niveau du pli fessier et donner lieu à une erreur de diagnostic, analogue à celle qui fut commise par Rose (obs. X). Ce chirurgien ne diagnostiqua un abcès de la bourse iliaque qu'après une première incision faite au bord inférieur du grand fessier dans la croyance à un abcès de cette région.

Communication avec l'articulation de la hanche. — Développement de la bourse. — La bourse sous-iliaque communique-t-elle directement ou non avec la cavité synoviale de l'articulation coxo-fémorale? C'est là un point anatomique encore fort discuté. Suivant Sappey la communication existe « quelquefois » ; selon Richet elle serait normale. Fricke en 1834 a fait sur ce sujet les recherches les plus étendues. Il n'a trouvé de communication que 1 fois sur 10, peu importe d'ailleurs l'âge et le sexe des sujets (1). Henle (2) considère la communication comme exceptionnelle. Suivant Testut (3) la communication existe quelquefois. M. le professeur Tillaux (4) écrit que « la bourse communique souvent ». Luschka (5) a fait sur ce sujet des recherches consciencieuses et voici comment il s'exprime : « Il est très exceptionnel de voir la bourse séreuse entrer en communication chez les individus jeunes ; lorsqu'elle existe, l'orifice siège le long du bord interne du ligament ilio-fémoral (ligament de Bertin) ; et la cavité de la bourse

(1) *Traité d'anatomie médico-chirurgicale.*

(2) *Handbuch der systematische Anatomie*, t. 1.

(3) *Anatomie humaine*, p. 427.

(4) *Anatomie topographique*, p. 693, 4^e édition.

(5) LUSCHKA, *Anatomie der Glüder*, p. 270.

séreuse communique avec cette partie du sac synovial articulaire qui entoure le col du fémur. A un âge plus avancé l'existence de ce pertuis serait tout à fait habituel, d'après les recherches de Hyrtl et il serait déterminé par l'usure que subissent avec l'âge les tissus, sous l'influence de l'irritation et des frottements. Le rebord cartilagineux du cotyle séparant d'une façon « hermétique » l'espace synovial supérieur et l'espace synovial inférieur, il en résulte que l'inflammation de la bourse sous-iliaque ne retentit pas directement sur le premier de ces espaces, tant que le rebord cotyloïdien reste intact. Mais la bourse séreuse sera pour ainsi dire fatalement intéressée par une coxalgie qui a amené la destruction de ce rebord cartilagineux ».

D'après les quelques recherches personnelles que nous avons faites, voici ce que nous avons vu. Chez le nouveau-né, la bourse séreuse n'existe pas ; comme beaucoup d'organes semblables, elle se développe avec l'âge sous l'influence des glissements et son existence paraît constante à partir de la 8^e ou 10^e année.

Suivant M. Poirier (1) la bourse iliaque se développe par la fusion de trois bourses séreuses séparées et la bourse du tendon du psoas communiquerait souvent avec la grande bourse sous-psoas iliaque. Nous n'avons rien observé de semblable ; mais par contre, il est assez fréquent de voir dans le jeune âge une bourse séreuse incomplètement cloisonnée ; il n'est pas impossible d'admettre que ces cloisons soient le vestige des compartiments qui primitivement divisaient le sac séreux en plusieurs loges.

(1) POIRIER, *Traité d'anatomie ; myologie*, p. 207.

Quoi qu'il en soit, la communication n'existe pas chez le fœtus et s'établit à une époque ultérieure sans qu'il nous soit possible de fixer la fréquence d'une semblable disposition. Il existe là, quelque chose d'analogue à ce que M. Schwartz (1) a décrit pour le cul-de-sac tricipital du genou.

Quoi qu'il en soit, nous devons noter que, par suite de la minceur de la capsule articulaire entre le ligament de Bertin et le ligament pubo-fémoral; et par suite de la possibilité d'une communication directe à ce niveau entre la cavité de la bourse séreuse et celle de la synoviale articulaire, on peut voir les affections du premier de ces organes provoquer une inflammation de la jointure de la hanche et réciproquement. Mais si l'on peut voir un hygroma primitif de la bourse du psoas envahir la cavité articulaire, la chose est exceptionnelle, ainsi que le démontrent les observations. Par contre, il n'est point rare qu'une arthrite, en particulier tuberculeuse détermine une distension secondaire de la bourse séreuse.

(1) Ed. SCHWARTZ, *Archives générales de médecine*, 1880.

CHAPITRE II

Définition. Fréquence. Historique.

La bourse séreuse du psoas peut être inflammée de deux façons différentes : d'une façon aiguë ou d'une façon chronique comme tous les organes semblables. De même la nature du contenu est également différente suivant les cas. On peut concevoir théoriquement l'existence des variétés suivantes :

1° *Hygroma aigu sec*, séreux ou purulent.

2° *Hygroma chronique*, à forme kystique, proliférante, fibreuse ou hémorrhagique.

3° L'*hygroma tuberculeux* soit caséeux, soit à grains riziformes, enfin 4° les *épanchements d'origine syphilitiques*.

Mais actuellement nous ne connaissons guère pour la bourse du psoas que :

1° L'*hygroma aigu purulent*, dont nous avons rapporté deux observations : les cas de Ehrle (obs. II) et de Rose (obs. X).

2° L'*hygroma chronique*, variété à laquelle se rapportent tous les autres faits cliniques que nous avons pu rassembler. Ces hygromas sont eux-mêmes de plusieurs sortes :

a) L'*hygroma chronique simple* renfermant un liquide épais, visqueux, offrant en un mot le contenu habituel dans

les kystes du creux poplité. Dans cette catégorie rentrent les faits observés par Velpeau (obs. III), par Chassaignac (obs. IV), par Natalis Guillot (obs. V), par Ehrle (obs. VI), par Heineke (obs. VII), par Wernert (obs. VIII), Schæffer (obs. XII), par Charleston (obs. XI), par Prengrueber (obs. XIII), Sprengel (obs. XIV), Le Dentu (obs. XV), Sonneboru (obs. XVI).

b) *L'hygroma tuberculeux à forme caséuse.* Ces hygromas sont sans doute plus fréquents qu'on ne le pense et compliquent l'arthrite tuberculeuse de l'articulation coxo-fémorale. Dans ces cas l'hygroma passe le plus souvent à l'état de lésion secondaire qui n'attire en aucune façon l'attention et ces faits ne sont sans doute pas rares dans le cours des coxalgies suppurées. Nous ne rapporterons ici qu'un cas, le plus anciennement décrit avec détails, celui de Fricke (obs. I) et un autre dû à Volkmann (obs. IX).

c) *L'hygroma tuberculeux à grains riziformes.* Nous ne connaissons qu'un cas de cette variété, c'est celui de M. Schwartz, absolument démonstratif ; car en effet nous ne croyons pas qu'on puisse faire rentrer dans cette catégorie l'observation de Ehrle (obs. VI) où il n'est fait que mention de granulations albumino-fibrineuses n'offrant qu'une vague ressemblance avec des grains hordéiformes,

Tels sont au nombre de dix-sept tous les documents cliniques que nous possédons sur les hygromas de la bourse séreuse du psoas (1). Aussi comprend-on qu'avec une semblable pénurie la présente étude ne puisse être qu'une simple ébauche fort incomplète ; et les affections de la bourse séreuse du psoas iliaque, au moins en tant qu'affec-

(1) Kœnig mentionne un cas de Mosetig : guérison d'une tumeur liquide de la bourse par la ponction, mais nous n'avons pu trouver de relation détaillée du cas de Mosetig.

tion indépendante, n'ont jusqu'à présent aucune histoire. La plupart des auteurs se bornent à rapporter sans commentaire et à titre de curiosité les faits qu'ils ont observés. Ehrle seul consacre 3 pages à l'étude de cette question ; le professeur Duplay en dit quelques mots dans sa thèse inaugurale ; Schæffer et Sprengel font suivre leurs observations de quelques réflexions banales et de commentaires sans intérêt.

CHAPITRE III

Étiologie.

A. Causes prédisposantes. — Sexe. — Nous n'avons pu relever aucun cas chez l'enfant, ceci n'a rien de surprenant puisque nous avons appris qu'à cette âge la bourse séreuse n'a encore qu'un minime développement.

L'observation de Luska concerne une jeune fille (obs. II) atteinte d'un hygroma aigu au cours d'une infection purulente. Cette détermination est bien naturelle à concevoir dans une affection telle que la pyohémie qui provoque dans toutes les parties et tous les tissus de l'économie des supurations.

Les vrais hygromas de la bourse du psoas concernent tous, sauf un (cas de Heineke, obs. VII) des hommes ; il est possible que l'exercice de la profession ne soit pas étrangère à une semblable prédisposition.

Age. — Nous ajouterons de suite que ces hommes sont la plupart des adultes ; le plus jeune des malades, celui de Rose, avait 17 ans : le plus âgé, celui du professeur Le Dentu, 69. La plupart des faits concernent des individus entre 30 et 55 ans. Ainsi le patient de Richet a 33 ans, celui de Fricke 35, celui de Schwartz 44, celui de Sonnenborn 46, celui de Schæffer 48, celui de Sprengel 51, celui de Périet 54 ans.

Profession. — A cet égard les observations ne sont pas

toujours explicites ; néanmoins elles nous paraissent suffisantes pour supposer que les hygromas de la bourse séreuse du psoas, s'observent de préférence chez les individus dont leur métier réclame de grands efforts musculaires. Le malade de Richet est un tonnelier, ceux de Périer et Le Dentu sont des charretiers, celui de M. Schwartz est un carrier. Cependant on ne saurait prétendre, tant sont variées les natures des métiers incriminés, que l'affection qui nous occupe soit le résultat de heurts et de frottements répétés et on ne saurait comparer à ce point de vue ces hygromas aux véritables hygromas professionnels tels qu'on les observe dans la région prérotulienne à la région sous-ischiatique, à la région olécrânienne, etc.

B. *Causes déterminantes.* — A ce point de vue, il faut distinguer ces hygromas en secondaires et primitifs: 1° Les hygromas secondaires sont ceux qui naissent consécutivement à une affection de voisinage. C'est ainsi qu'on peut les rencontrer à la suite d'une inflammation des parties constituantes de la fosse iliaque et notamment au cours des arthrites de la hanche. C'est ainsi que chez la malade de Heineke l'accident initial est représenté par une arthrite rhumatismale aiguë coxo-fémorale; chez celui de Volkmann par une arthrite tuberculeuse de la même jointure. 2° Les hygromas primitifs reconnaissent deux causes différentes: α) tantôt ils sont non diathésiques et succèdent à des causes variées. Le malade de Schaeffer avait fait une chute de voiture un an 1/2 auparavant, Bauchet incrimine surtout les fatigues, les marches forcées, les mouvements multipliés. Dans le fait de Le Dentu, l'hygroma coexiste avec une hernie inguinale du même côté, mais il n'est pas pos-

sible de voir entre celle-ci et celui-là un rapport de cause à effet. Bien que Rose dans son cas considère une entorse de la hanche comme la cause prédisposante de l'hygroma il ne faut pas oublier que son malade avait été atteint quelques mois auparavant d'une dothiéntérie sérieuse ; et il faut accepter plus vraisemblablement l'hypothèse d'une localisation secondaire du bacille typhique d'autant plus que l'épanchement était purulent. β) tantôt ces hygromas sont diathésiques ou pour mieux dire tuberculeux. Le bacille de Koch, dans ces conditions, occupe — on ne saurait trop dire pourquoi — un siège anormal : il est possible que la profession crée un *locus minoris resistentiæ*. La réalité de ces hygromas tuberculeux est bien démontrée, comme nous le verrons, par l'évolution ultérieure du mal et l'envahissement des organes voisins.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

La plupart des observations que nous possédons ne sont pas complètes au point de vue des renseignements anatomiques. Peu d'autopsies ont été pratiquées à part les cas de Fricke, Luschka, Le Dentu ; la plupart des notions ont été acquises au cours des interventions qu'on a pratiquées. Bauchet (1) sur un cadavre livré aux dissections a trouvé un kyste synovial sous-musculaire placé entre le psoas iliaque et l'articulation coxo-fémorale. Il décrit ainsi ce kyste.

« Petite tumeur, arrondie, placée entre le psoas iliaque et l'articulation et sans communication avec celle-ci. En ouvrant l'articulation on voit fort bien que cette communication n'a jamais existé. La tumeur est pleine, fluctuante. Je l'incise, il sort une matière épaisse, semblable à de la gelée de coings. La poche est lisse, formée de deux couches ; une interne séreuse, l'autre externe fibreuse. ».

D'après les faits cités à la fin de la thèse nous voyons que ces hygromas présentent des caractères anatomiques communs et des caractères anatomiques variables suivant l'étendue de la tumeur, son contenu, sa nature et ses rapports avec l'articulation de la hanche.

(1) BAUCHET, Histoire anatomo-pathologique des kystes, *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, 1857, tome 21, page 20.

Siège, forme, dimensions. — La tumeur affecte à ses débuts une forme et un siège en rapport avec celui que la bourse prend lorsqu'on l'injecte sur le cadavre. C'est dire qu'elle est ovoïde ou oblongue du volume d'un œuf de poule (cas de Périer, Sonneborn) parfois même ses dimensions sont plus considérables ; elle offre le volume d'une tête d'enfant chez le malade de Schœffer. Très souvent son grand axe est parallèle au tendon du psoas, néanmoins il n'en est pas nécessairement ainsi. Dagron par exemple dans son autopsie précise très nettement que la tumeur était losangique ; son grand axe parallèle au pli de l'aîne mesurait 8 centimètres, son diamètre vertical n'excédant pas 5 centimètres.

Parfois régulière et lisse, la tumeur dans d'autres cas est inégale et bosselée, bi et multilobée. Ces bosselures, ces irrégularités sont dues à la pression des organes voisins. Le psoas, notamment, fait quelquefois saillie dans la cavité d'une façon si prononcée qu'il peut être comme dans le cas de Schœffer (obs. XII) presque entièrement enveloppé de liquide. La tumeur se présente parfois nettement circonscrite s'étendant de l'épine iliaque antéro-inférieure vers le grand trochanter et recouverte seulement par le même psoas dont elle dépasse le bord interne. Il est néanmoins des cas où elle est bien moins limitée et pousse vers différents sens des prolongements. Nous avons montré au chapitre anatomique que la bourse se laisse distendre surtout aisément par en haut et en bas. Aussi voit-on assez souvent la tumeur gagner la fosse iliaque, cessant d'occuper la région proprement dite du pli de l'aîne pour occuper la partie inférieure de la cavité abdominale tout en restant placée

entre le muscle et la partie osseuse. C'est ainsi que le fait est mentionné dans l'observation de Fricke (obs. I) ; et la tumeur observée par Dagron (obs. XV) remontait dans la fosse iliaque à 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale. D'autre part l'extrémité inférieure et interne de la bourse se laisse parfois distendre à l'excès se portant vers le muscle obturateur externe ; on la voit se mettre en rapport avec la face antérieure du carré crural et du grand adducteur de la cuisse : il y a plus, le kyste, s'insinuant dans l'interstice cellulaire qui sépare ces deux derniers corps charnus, peut même apparaître à la partie supérieure de la région crurale postérieure et faire saillie sous le bord inférieur du grand fessier. Nous sommes alors en présence d'un véritable kyste en bissac, avec une poche antérieure ou inguinale et une poche postérieure ou fessière, hâtons-nous d'ajouter que cette seconde poche est rare. Toutefois il est possible de comprendre que dans des cas anormaux, elle dépasse par son volume la poche inguinale. Une semblable disposition induira facilement en erreur et fera penser à tort à l'existence d'un kyste d'une bourse ischiatique ou des bourses trochantériennes. L'observation de Rose est à cet égard absolument démonstrative.

Mais on conçoit qu'une pareille extension du processus pathologique ne puisse s'observer que si le tissu cellulaire est envahi par l'inflammation. Cette inflammation péri-kystique nous semble une condition favorable à la production de ces prolongements. Cette phlegmasie tend presque toujours vers la suppuration et de fait les diverticules, si on veut bien nous passer cette expression, que nous venons de signaler, ont surtout été rencontrés dans ces circons-

tances. Sur quatre observations où nous les trouvons mentionnées, il s'agit trois fois d'hygroma suppuré de la bourse. Dans un seul cas le kyste était séreux. Ce cas est celui fort intéressant de Sprengel, dans lequel les 2 poches inguinales et fessières étaient réunies par une partie rétrécie passant immédiatement en dedans du petit trochanter.

Paroi. — Nous serons brefs à cet égard, car la paroi des hygromas de la bourse du psoas ne diffèrent nullement de celle qu'on observe sur les tumeurs analogues siégeant dans d'autres bourses séreuses, qu'il s'agisse d'hygroma aigu, d'hygroma chronique simple ou d'hygroma tuberculeux. Nous ne ferons ici que quelques remarques qui ressortent de nos observations. La paroi présente une épaisseur variable tantôt mince, revenant sur elle-même, elle acquiert dans d'autres cas une épaisseur telle qu'elle offre une apparence lardacée et ressemble, comme dans le fait de Schæffer, à un sac ancien d'hydrocèle vaginale. Ici, elle adhère intimement aux parties ambiantes rendant toute extirpation impossible, là, au contraire, elle est facile à isoler sur la presque totalité de son étendue. Sa coloration est blanchâtre comme celle de tous les kystes analogues ; sa surface interne peut être lisse, régulière, mais dans bien des cas, elle offre des végétations et affecte une apparence caverneuse qui rapproche la tumeur de l'hygroma proliférant type. Quelques observateurs font mention de détails plus circonstanciés : ainsi, sur la pièce disséquée par Bauchet, la poche était constituée par deux couches, l'une externe fibreuse, l'autre interne séreuse. Sprengel signale aussi la présence de deux couches, l'une en dehors blanchâtre, l'autre en dedans d'un gris bleu brillant.

Quant à l'examen histologique de la paroi, il a été rarement pratiqué. Cependant dans le beau cas de M. Schwartz, Chauffard a nettement mis en évidence par l'examen microscopique et la méthode des cultures la nature tuberculeuse de l'affection.

Contenu. — Relativement au contenu, il faut distinguer dans les observations que nous avons recueillies plusieurs variétés d'hygroma : 1^o l'hygroma suppuré à la suite d'une affection locale ou d'une affection générale (fièvre typhoïde, pyohémie) ; 2^o l'hygroma chronique séreux, rempli par un liquide analogue à la synovie ; clair, souvent jaune comme de l'ambre, filant et consistant comme du blanc d'œuf. Dans le cas de Bauchet une matière visqueuse, épaisse, semblable à de la gelée de coings remplissait le kyste. Ces caractères du liquide ont fait supposer dans un certain nombre de cas l'existence latente de la tuberculose, néanmoins la question de l'hygroma tuberculeux à type myxomateux telle que l'ont formulée Critzmann (1) et Martin (2) n'est pas démontrée pour la bourse séreuse du psoas ; 3^o en dehors du liquide visqueux et mucoïde on a trouvé dans le cas de Schwartz, comme formant le contenu du kyste un liquide séreux et des paquets de grains riziformes.

Lorsque le contenu communique avec l'articulation coxo-fémorale, le pertuis intermédiaire occupe le bord interne du ligament de Bertin. Tantôt, la jointure est distendue dans une très notable mesure ; mais le fait est rare, et l'é-

(1) CRITZMANN, *Tribune médicale*, 1890.

(2) MARTIN, Thèse de Paris, 1890, n. 312, cite l'unique cas connu, observé dans le service du professeur Tillaux, d'hygroma tuberculeux à contenu myxomateux : il s'agissait d'un kyste poplité accompagnant une tuberculose du genou droit.

panchement kystique attire toute l'attention, tantôt, au contraire, un phénomène inverse a lieu. Cependant ce point appelle de nouvelles recherches car des auteurs éminents, le professeur Duplay par exemple, n'a jamais pu rencontrer une communication bien que ses recherches aient porté sur un grand nombre de sujets. Il ne semble pas davantage partager l'opinion des auteurs, d'après lesquels une communication secondaire pourrait s'établir sous l'influence d'un processus inflammatoire. Nous croyons aussi qu'une pareille disposition est peu commune, mais on ne saurait nier son existence. Ainsi dans le cas de N. Guillot, l'autopsie a démontré une large communication entre la cavité synoviale et la cavité séreuse, toutes deux remplies d'un liquide analogue. Schœffer a nettement constaté que les deux cavités entraient en relations par un large orifice admettant deux doigts ; sur le malade de Sprengel il existait un orifice de communication gros comme un thaler ; un orifice analogue est mentionné par Fricke et Dagron.

Néanmoins, il est difficile de décider laquelle des deux hydropisies est primitive dans ces cas ; il faut savoir aussi qu'en dépit de la présence d'un orifice de communication, l'hydarthrose coxo-fémorale peut exister indépendamment de tout épanchement propagé à la bourse séreuse. Et aussi peut-on concevoir plusieurs associations de lésions. Tantôt en effet, l'hygroma est primitif et l'épanchement articulaire secondaire, tantôt au contraire c'est un phénomène opposé qui se présente.

D'ailleurs même dans ce second cas, le processus n'évolue pas toujours parallèlement dans le kyste et dans la cavité articulaire. Ainsi dans le cas de Heineke (obs. VII) ;

une hydropisie aiguë se produisit au sein de l'articulation coxo-fémorale sous l'action du rhumatisme. Cette hydropisie disparut et l'épanchement dans la bourse du psoas persista seul. En définitive, il faut distinguer d'une part, comme nous l'avons déjà dit, l'hygroma primitif et secondaire et l'hygroma communiquant et non communiquant. La fréquence de ces variétés ne saurait être établie à l'aide des quelques documents dont nous disposons. Cependant nous croyons devoir assurer que l'hygroma chronique simple (type habituel) est le plus souvent primitif et ne s'accompagne que d'un épanchement secondaire et peu important dans la jointure coxo-fémorale. En tout cas, il est également certain que les lésions de cette jointure sont le plus souvent légères puisque sur les 11 cas d'hygroma séreux que nous avons rassemblés il est expressément noté dans six histoires cliniques que les mouvements de la hanche étaient libres.

Ce que nous venons de dire ne s'applique pas bien entendu aux hygromas tuberculeux. Si l'on se rappelle la grande fréquence des arthrites bacillaires on devra admettre que celles-ci constituent le plus souvent la localisation initiale du microbe de Koch. Dans la plupart de ces cas il est spécifié que l'hygroma de la bourse séreuse du psoas communiquait largement avec la jointure coxo-fémorale et que par le pertuis intermédiaire on sentait à nu le col et la tête du fémur. Le processus inverse, rare pensons-nous, existe cependant et le malade de Schwartz en est un frappant exemple. Ici nous voyons le malade entrer à l'hôpital en mai 1895 pour une tumeur bien limitée au pli de l'aîne, en novembre 1895 il revient dans le service de ce chirurgien avec tous les symptômes d'une coxalgie consécutive secondaire.

CHAPITRE V

Symptomatologie. — Évolution. — Complications.

La symptomatologie vraiment intéressante est celle qui concerne les hygromas limités à la bourse du psoas, indépendamment de toute complication articulaire. Aussi sont-ce les seuls que nous envisagerons puisque dans la seconde alternative, ils sont refoulés au second plan par les manifestations de l'affection causale.

I. — Kystes séreux.

Le type le plus fréquent, l'hygroma chronique simple ou kyste séreux de la bourse sous-psoïdienne (Maison-neuve) *débute* d'une façon fort insidieuse par quelques douleurs vagues dans le membre, une sensation de lourdeur et un certain degré de gêne fonctionnelle, qui n'ont rien de caractéristique et n'attirent pas d'une façon spéciale l'attention sur la bourse séreuse du psoas. Parfois les malades se plaignent de douleurs lombaires alternant avec des souffrances dans la cuisse (Chassaignac). Tous ces signes s'exagèrent à la période d'état et nous voyons en outre se produire une tumeur dont les caractères sont assez spéciaux.

Période d'état.

Les auteurs classiques les plus récents passent sous silence les signes de l'hygroma de la bourse du psoas. Considérant la rareté d'une semblable affection, ils se contentent de la mentionner dans l'étude générale du diagnostic des tumeurs de l'aîne et dans celui des arthrites tuberculeuses de la hanche. Si nous nous en rapportons aux faits que nous avons rassemblés, il nous semble qu'on peut tracer de cet hygroma un tableau d'ensemble assez complet, remarquable par une grande uniformité.

Les signes sont fonctionnels et physiques.

Au nombre des *signes fonctionnels* nous rangeons la douleur, la pesanteur du membre et l'impotence fonctionnelle relative. Ces trois signes, le premier et le troisième en particulier offrent des caractères qui, vagues à la période de début, deviennent assez tranchés à la période d'état.

1° *Douleur*. — Les douleurs sont d'intensité variable. Elles peuvent manquer tout à fait, ainsi dans l'observation de Werner (obs. VIII), de Velpeau (obs. III). Le plus souvent, elles se localisent dans le pli de l'aîne immédiatement en arrière et au-dessous de l'arcade crurale avec une acuité maxima immédiatement en dehors des vaisseaux fémoraux ; rarement la douleur est vive et continue, plus souvent elle est modérée, facilement supportable. Elle s'atténue lorsqu'on porte le membre en flexion et en rotation interne ; elle s'exagère par les mouvements opposés. De même elle diminue ou disparaît par le repos pour s'accroître par la marche et la fatigue. Ces douleurs peuvent affecter un siège fixe, mais plus souvent elles irradiant vers des

points bien déterminés. Ces manifestations à distance sont même la règle puisqu'elles existent dans la plupart de nos observations. C'est ainsi qu'il est fait mention de douleur dans la hanche, dans le genou, la face interne de la jambe, mais surtout à la partie antéro-interne de la cuisse (obs. VI, VII, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII). Ces phénomènes s'expliquent aisément, nous avons en effet attiré l'attention sur les rapports étroits qu'affecte la bourse séreuse du psoas avec le nerf crural et spécialement avec le saphène interne. On conçoit que les lésions du premier organe retentissent facilement sur le second et amènent dans l'innervation sensitive du membre inférieur des troubles d'irritation se traduisant par de l'hyperesthésie, par des fourmillements, enfin par de véritables douleurs.

2° *Pesanteur du membre.*— Les malades se plaignent en outre d'éprouver dans la cuisse et la jambe du côté malade une sensation de lourdeur, d'engourdissement, de pesanteur. Il leur semble souvent que la cuisse et la jambe du côté malade soient moins aptes à supporter le tronc. Souvent il se joint à cela un certain degré d'atrophie musculaire réelle. Celle-ci pouvant atteindre un degré tel que la circonférence de la cuisse prise à la partie moyenne mesure 6 centimètres de moins que celle de la cuisse du côté sain (obs. XVII). D'autres observateurs ont spécialement noté l'atrophie des muscles de la jambe (obs. XIV).

Nous croyons que ces troubles fonctionnels du côté du membre inférieur sont également susceptibles d'une explication bien naturelle. Le nerf crural en effet n'est pas purement sensitif ; qu'on n'oublie pas qu'il tient sous sa dépendance le quadriceps, le couturier, qu'il fournit des filets au

muscle psoas-iliaque, au pectiné ; et on comprendra ainsi que ses filets moteurs soient influencés au même titre que les fibres sensitives. Ce qui prouve bien la réalité d'une semblable pathogénie, c'est ce fait que les douleurs, les irradiations, les troubles fonctionnels disparaissent ou s'atténuent après la simple ponction du kyste (obs. XIII, XIV). Sprengel insiste sur ce point.

D'un autre côté nous croyons utile de faire remarquer que le psoas iliaque est en contact direct avec la tumeur et ses fibres contractiles, si elles ne sont pas toujours altérées, comme elles l'étaient dans un cas de Fricke, souffrent certainement dans leur fonctionnement et leur nutrition en raison du voisinage de la tumeur. Or, le psoas s'il est rotateur externe de la cuisse est avant tout un fléchisseur du fémur sur le bassin et cette hypothèse n'est pas irrationnelle pour rendre compte de certains phénomènes spéciaux consignés dans certaines observations. Chez le malade de Sonneborn seul la marche était impossible, c'est là l'exception : la marche est en général au contraire beaucoup plus facile que les mouvements d'élévation de la jambe, celle-ci reposant sur un plan horizontal, un lit par exemple. Ceci est indiqué fort nettement chez l'opéré de M. Schwartz. La raison nous en paraît simple. Dans la marche, avec une articulation coxo-fémorale saine, le psoas peut facilement être suppléé par d'autres muscles, les adducteurs par exemple : mais dans le fait d'élever le membre inférieur au-dessus d'un plan horizontal, le psoas presque seul est appelé à fonctionner.

Ainsi donc la compression du nerf crural et des fibres du psoas peut rendre compte des phénomènes morbides

que nous venons d'étudier : on peut encore admettre qu'il se produise du côté de la veine fémorale une certaine compression avec difficulté de la circulation en retour, intervenant peut-être pour sa part dans l'engourdissement et fourmillement du membre. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce fait.

Signes physiques.

Les caractères physiques résultent de l'examen du membre tout entier et de l'examen spécial de la région inguinale.

1° *Examen du membre.* — Pendant la marche l'attitude du malade que nous avons pu observer dans le service de M. Schwartz n'offrait rien de caractéristique, il s'efforçait seulement de poser le pied correspondant au membre atteint le moins de temps possible sur le sol. Mais, au lit, dans la position horizontale une des conséquences de la douleur est la production d'une attitude particulière. L'attitude en flexion et en rotation externe est l'attitude instinctive et ce que l'on observe dans la plupart des cas. Néanmoins, sans qu'on puisse donner de cette particularité une explication plausible il est à cette règle un certain nombre d'exceptions. Ainsi un malade dont Verneuil a rapporté rapidement l'histoire (1), il y avait allongement apparent ; membre dans l'extension avec abduction et rotation en dehors. Verneuil crut à une coxalgie et ne reconnut sa méprise qu'à l'autopsie.

2° *Examen de la région de l'aîne. Tumeur.* — Etant donnée la situation profonde de la tumeur sous-musculaire,

(1) Abscès de la bourse séreuse du psoas simulant la coxalgie. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1865, p. 33.

on comprend qu'elle reste soustraite aux regards pendant la première période de son évolution. L'inspection ne fournit donc que des renseignements assez secondaires et c'est avant tout la palpation qui nous permettra d'asseoir un diagnostic précis.

a) *A l'inspection* on constate dans les circonstances que nous venons de préciser une tumeur, qui soulève les téguments et qui occupe la partie moyenne du triangle de Scarpa. La peau n'offre aucune modification dans sa couleur. Il est rare qu'on voie, en les regardant à jour fusant, les battements de l'artère fémorale, mais ces signes ont peu de valeur car ils appartiennent à toutes les tumeurs profondes du pli de l'aîne.

b) *Palpation*. — Elle doit être pratiquée sur la cuisse en extension et sur la cuisse en flexion.

α. Lorsque la cuisse est dans l'extension on reconnaît à première vue les battements de la fémorale soulevée par la partie interne de la tumeur. Celle-ci présente une forme tantôt arrondie, tantôt et plus souvent allongée à grand axe vertical, tantôt enfin mais plus rarement, comme dans le fait de Chassaignac et Le Dentu, oblongue à grand axe, partie de l'épine iliaque antéro-inférieure pour se diriger vers la crête pectinéale. Le kyste soulève le psoas qui le bride, c'est donc une tumeur sous-musculaire, c'est dire qu'elle est absolument immobile et qu'elle est rénitente, tendue, parfois même très dure à tel point qu'il est impossible de préciser sa forme et d'apprécier sa consistance exacte.

β. Lorsque la cuisse est en flexion, une semblable attitude a pour premier effet de relâcher le muscle psoas ilia-

que. Explorant alors successivement ou simultanément le kyste par son bord externe et par son bord interne on reconnaîtra que l'aspect souvent bilobé, la tension et la rénitence ont disparu et sont remplacés par les caractères suivants : la tumeur paraît régulière, lisse sans bosselures, souvent nettement circonscrite (obs. XIII, XV), elle est absolument mobile sur la peau et en avant d'elle on sent, lorsqu'un embonpoint exagéré du sujet ne s'y oppose pas, le muscle psoas soulevé par le kyste. A sa partie interne on constate à nouveau les battements de l'artère fémorale, mais la tumeur reste immobile sur les plans sous-jacents, c'est-à-dire sur le rebord de l'os iliaque et sur le ligament antérieur de la hanche. Dans cette attitude la fluctuation sera toujours bien reconnue si on la recherche dans le sens transversal.

Ajoutons que la tumeur est absolument silencieuse, qu'elle n'offre aucune expansion et ne présente d'autres battements que ceux, à la partie interne, résultat des connexions intimes avec l'artère crurale.

Il faut noter enfin deux autres caractères, intéressants bien qu'inconstants : la réductibilité et la crépitation.

Quelquefois, la tumeur tendue est complètement irréductible (obs. XIII) ; le plus souvent (obs. VII, XII, XIV, XV) la possibilité de réduire le volume de la tumeur par la pression est plus ou moins grande. Cela n'indique pas forcément qu'il y ait communication entre la tumeur et l'articulation voisine ; on peut refouler le liquide vers des diverticules moins superficiels, les uns encore sensibles à la vue ; c'est le cas le plus fréquent et alors on peut voir le liquide refluer d'un cul-de-sac dans un autre (obs. XII, XV) ;

d'autres fois le prolongement se dirigeant dans la profondeur, il n'est pas possible de se rendre compte de visu de cette alternance. Notons que, dans aucun cas, on ne peut compter constater même par l'éclairage artificiel la transparence de la tumeur, à cause de son enclavement profond.

La crépitation, signalée dans l'observation de Sprengel, paraît un symptôme rare ; elle est due probablement aux productions fibreuses semblables à des franges articulaires, que l'auteur constata dans la bourse séreuse.

Ajoutons enfin la persistance de liberté des mouvements articulaires (obs. VI, VII, XII, XIV, XV). Si parfois ils paraissent limités, cela tient uniquement à la présence de la tuméfaction de l'aine et à la douleur produite par certains mouvements.

Evolution.

L'hygroma de la bourse sous-iliaque ne présente que peu de particularités qui le distinguent des affections analogues, il reste rarement stationnaire, tend le plus souvent à s'accroître d'une façon lente et progressive, quelquefois par poussées.

Dans aucun cas, la poche ne s'est rompue spontanément, le plus souvent elle se laisse distendre d'une façon insensible, occupant les sièges d'élection que nous avons mentionnés plus haut (voyez page 23).

C'est alors que les rapports anatomiques se modifient, que le kyste cesse d'avoir avec le psoas et les vaisseaux fémoraux des rapports aussi nettement déterminés et une erreur de diagnostic devient facile à commettre, il en est ainsi notamment lorsqu'on rencontre le diverticule fessier et qu'il est possible de refouler le liquide d'avant en arrière

ou d'arrière en avant dans l'une des deux poches. Lors d'une semblable éventualité, on doit s'attendre (ainsi que le démontre l'observation de Rose) à voir la poche postérieure acquérir des proportions souvent plus notables que la poche antérieure. Cela dépend et de l'influence de la pesanteur et de la position déclive et de la moindre résistance que rencontre le kyste à se développer dans une région riche en tissu cellulaire et lamelleux.

Un kyste de la bourse sous-psoïdienne peut-il secondairement communiquer avec l'articulation ou bien l'épanchement se produit-il simultanément dans la première et dans la seconde? Un kyste, communiquant à ses débuts, peut-il secondairement s'isoler comme le fait semble le démontrer pour quelques kystes poplités? ce sont là autant de questions qu'on peut se poser, mais qu'il nous est impossible de résoudre après une analyse exacte de nos observations.

Il peut arriver qu'un kyste, d'abord vidé par la ponction (obs. XIII), resteguéri un certain temps puis récidive, en s'accompagnant de phénomènes inflammatoires légers qui se calment par le repos.

Enfin sous l'influence d'une cause traumatique ou d'un mauvais état général, la poche peut suppurar et nous pouvons observer alors les accidents qui appartiennent aux hygromas dont nous allons maintenant dire quelques mots :

II. — Hygromas aigus suppurés.

La suppuration peut être secondaire; dans d'autres cas elle est primitive. La collection présente alors des caractères qui distinguent les abcès profonds de la région du triangle

de Scarpa et on ne peut guère avoir que des présomptions sur l'origine exacte et le siège de cette collection. Nous ne connaissons l'histoire de ces suppurations aiguës que par trois observations ; celles de Fricke, Luschka et de Rose, et dans les 3 cas le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie et au moment de l'intervention. Suivant Ehrle, quelques particularités pourraient être d'un précieux secours. C'est ainsi que dans le cas de Fricke, il existait de l'œdème très considérable du membre inférieur qu'on peut imputer à une compression de la veine fémorale. Luschka signale une particularité semblable et a même pu constater l'existence d'une thrombose très étendue de la veine crurale.

III. — Hygromas tuberculeux.

Leur histoire est aussi obscure que la précédente, si nous ne tenons compte que des faits dans lesquels la bourse est prise d'une façon prédominante. Nous croyons cependant qu'une semblable tumeur simulant un abcès froid pourra parfois être admise lorsqu'elle occupe le siège précis sur lequel nous avons souvent insisté, lorsqu'en même temps, il est bien démontré que l'articulation de la hanche, que l'os iliaque, sont intacts. Il est aussi quelques cas d'hygroma séreux qui doivent être tenus pour suspects.

Enfin il est des cas où une erreur de diagnostic est presque fatale, c'est lorsque l'épanchement dans la bourse complique une coxalgie comme dans le cas de Volkmann, ou une arthrite sèche comme dans le cas de Maisonneuve.

Mais à dessein nous n'insistons pas davantage sur ces faits car le kyste chronique simple est le seul qui soit actuellement susceptible d'être décrit d'après quelques documents cliniques.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

L'hygroma de la bourse du psoas doit être différencié de toutes les collections liquides qu'on observe dans la région inguinale ; ainsi des kystes ganglionnaires, des kystes séreux dont la pathogénie est encore douteuse (1) ; des kystes développés au centre des néoplasmes, des kystes hydatiques ; des anévrysmes, des abcès froids ostéopathiques, de la psoïtis, voire même des hernies crurales.

Nous ne saurions ici exposer dans tous ses détails le diagnostic différentiel si souvent tracé des tumeurs de l'aîne. Cet exposé a été fait de main de maître par Duplay dans sa thèse de doctorat (2), par Nicaise dans sa thèse

(1) A côté et à la suite de (obs. XI) l'observation de Michel Charleston que nous reproduisons plus loin et qui est considérée par Schaeffer comme un cas d'hygroma de la bourse sous-iliaque, Lesser dans le *Centralblatt für Chirurgie* de 1880, p. 127, publie sous le titre de kystes fémoraux, deux autres observations que, lui, rapproche des kystes des bourses trochantériennes étudiées par Velpeau, in thèse *Padieu*, 1839. L'une, celle d'Erichsen parue dans la *Lancet*, août 1856, n'a certainement aucun rapport avec l'affection que nous étudions : voici la troisième, aussi douteuse d'ailleurs que celle de Charleston : Nègre de 20 ans porteur d'un gros kyste à la partie supérieure de la cuisse droite. La tumeur allait du ligament de Poupart jusque vers le tiers médian du fémur. La tumeur était indolore, réductible, on la sentait très adhérente dans la profondeur malgré une opération soigneuse, le kyste ne put être excisé complètement ; un cul-de-sac se dirigeait vers le trou obturateur. Guérison opératoire mais le malade mourut peu après.

(2) DUPLAY, Thèse de doctorat. *Des collections séreuses et hydatiques de l'aîne*, 1865.

d'agrégation (1), par Tillaux dans son *Traité de chirurgie clinique* (2). Nous nous contenterons ici de quelques indications plus spéciales.

Nous croyons que cette affection rare ne peut guère être distinguée des tumeurs nombreuses de l'aîne que par voie d'élimination. On devra tenir grand compte du siège, des rapports de la tumeur, de ses particularités de consistance suivant l'attitude du membre, de ses rapports avec l'artère fémorale, de son retentissement sur le nerf crural. En procédant ainsi, on arrivera sans peine à éliminer les tumeurs qui ont leur point de départ dans la région de la gaine des vaisseaux fémoraux, c'est-à-dire des anévrysmes, des varices, des hernies crurales, des adénites inguinales.

Si l'on songe que cet hygroma peut aisément être délimité à sa partie supérieure, qu'il ne présente aucune réductibilité se faisant vers la fosse iliaque, qu'il ne s'accompagne pas de modifications osseuses soit du pubis, soit de l'ilion, soit de l'articulation de la hanche, soit enfin de la colonne vertébrale, on ne pourra guère penser à un abcès par congestion.

Il serait plus difficile de distinguer une psoïte ; le plus souvent, il est vrai, cette variété de myosite s'étale sur une large étendue du muscle et évolue souvent avec des phénomènes aigus et tend vers la suppuration. Dans ce cas le diagnostic ne saurait guère hésiter. Mais l'inflammation musculaire peut à la rigueur se limiter à la portion inguinale du psoas. La tuméfaction simule alors par son siège et ses connexions un hygroma développé dans la bourse

(1) NICAISE, *Diagnostic des maladies de la hanche*. Thèse d'agrégation, 1869.

(2) TILLAUX, *Traité de chirurgie clinique*, t. 2, p. 711.

séreuse. Mais un caractère diagnostique très important me semble être le suivant : la tumeur intra-musculaire ne subit dans sa consistance aucune modification, suivant que le muscle est contracté ou relâché ; nous avons vu que cette différence de consistance, lors de la flexion ou de l'extension de la cuisse, est un des caractères qui appartient avant tout à l'hygroma et que nous avons essayé de mettre en relief. Il faut ajouter aussi que la tumeur sous-musculaire lorsqu'elle est petite pourra seule cesser d'être appréciable au palper lorsque la contraction est énergique.

On arrivera en se basant sur une semblable méthode d'examen à déterminer avec assez de précision l'existence d'une collection intermédiaire à la face profonde du psoas iliaque et à la face profonde de l'articulation de la hanche. Mais en l'absence de tout abcès par congestion il faudra se demander surtout si la tumeur est réductible, si l'articulation est ou non sérieusement intéressée (1). L'absence de toute lésion cliniquement appréciable de l'articulation coxo-fémorale sera une sérieuse présomption en faveur de l'affection primitive de la bourse sous-iliaque.

Quelle sera la nature de cette affection et quelle espèce de liquide contient ce kyste ? Est-ce du pus ? Est-ce de la sérosité ? Les signes d'une suppuration aiguë, la rougeur, la tuméfaction de la peau, les douleurs vives, l'empâtement, l'impotence fonctionnelle considérable, parfois aussi

(1) LABBÉ, Thèse d'agrégation, 1863, p. 83 : « James Miller (*The practice of Surgery Edinburgh*. 1858), a parlé de l'hygroma de la bourse séreuse du psoas et Coulson de son inflammation suppurative comme pouvant simuler la coxalgie... Au moyen d'une exploration faite avec soin on pourra constater que la jointure est intacte et que ses mouvements s'effectuent sans douleur ». Conf. Verneuil, *loco citato*.

l'œdème du membre inférieur nous permettront de diagnostiquer l'existence d'un abcès. Celui-ci n'est plus douteux lorsque le pus s'est évacué à l'extérieur et qu'il coexiste une ou plusieurs fistules dans la région du petit trochanter.

Le kyste séreux chronique se dépose à froid ; il ne provoque pas des accidents d'inflammation périkyistique, détermine une impotence moindre et ne produit guère que des troubles dans la sphère sensitive et motrice du nerf crural. Toutefois il est difficile de se prononcer sur la nature exacte du contenu, vu que la recherche de la transparence est impossible de par les connexions anatomiques. La ponction seule tranche le diagnostic.

CHAPITRE VII

Pronostic.

Le pronostic dépend avant tout de la cause et de la nature de l'affection ; et à cet égard aucune particularité n'est à signaler. Mais cet hygroma nous semble emprunter une certaine gravité à quelques circonstances anatomiques. En effet, nous sommes en présence d'une bourse séreuse très spacieuse dans laquelle les collections peuvent prendre une assez grande extension. L'organe est profondément situé dans une région dangereuse ; il est difficile à attaquer, à mettre en évidence et la guérison de ces hygromas présente d'assez grandes difficultés. Il faut tenir compte également des connexions avec le nerf crural, avec les gros vaisseaux, avec le premier de ces organes en particulier. En effet quelques malades guéris conservent pendant assez longtemps une certaine difficulté de la marche, pesanteur, etc. Enfin cette grande bourse séreuse est continue à l'articulation de la hanche, lorsqu'elle ne communique pas avec elle, et on comprend que la moindre faute d'antisepsie puisse avoir de sérieux inconvénients. L'infection peut même provoquer la mort ; aussi chez l'opéré de M. le professeur Le Dentu, malade indocile, qui défaisait ses pansements et laissa plusieurs nuits sa plaie à nu, de graves complications ne tardèrent pas à survenir. Malgré des pansements

et des lavages répétés, l'infection suivit son cours et le malade mourut dans le coma vingt jours après l'opération. L'autopsie montra les preuves d'une infection purulente généralisée.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Ainsi que nous l'avons dit à plusieurs reprises, nous éliminons à dessein les cas dans lesquels les épanchements de la bourse du psoas compliquent une coxalgie. Ils ne constituent alors qu'un abcès froid à localisation spéciale, c'est un épiphénomène dont le chirurgien n'a à tenir qu'un compte secondaire ; c'est à la lésion osseuse qu'il s'adresse avant tout.

Quant aux hygromas primitifs sans lésions articulaires appréciables ils seront traités d'après les principes généraux.

L'hygroma aigu au début est justiciable du repos, des applications résolutives, et Bauchet, Périer ont vu les affections inflammatoires légères rétrocéder après cette thérapeutique. On pourra essayer également les compresses chaudes imbibées de solution de sublimé.

Sonneborn s'est adressé à la compression, elle nous semble dangereuse et impraticable dans cette région et nous considérons que c'est là une mauvaise pratique.

Mais dès qu'on soupçonne le pus faut-il inciser ? Nous le pensons, car il y a intérêt à évacuer le plus tôt possible une collection qui siège dans une zone dangereuse, peut provoquer une phlébite de la veine fémorale, gagner l'articulation de la hanche ou fuser dans la région des adduc-

teurs. L'incision sera conduite comme nous le dirons dans un instant. Le pus évacué, on pratique une irrigation antiseptique et on pansera d'une façon très minutieuse à la gaze iodoformée. En effet comme Verneuil l'a fait remarquer depuis longtemps l'érysipèle et la lymphangite se développent avec une certaine prédilection autour des bourses séreuses enflammées. On sait d'ailleurs de nos jours que ces bourses ne sont qu'une annexe du système lymphatique.

2° L'hygroma chronique, qui dans d'autres régions peut passer inaperçu jusqu'à ce qu'il ait acquis un volume assez appréciable, devient dans le cas particulier rapidement gênant et le traitement par l'expectation n'est guère applicable. On a essayé la compression, mauvaise comme nous l'avons déjà dit ; les premiers chirurgiens, tels Velpeau, Chassaigne avaient volontiers recours à la ponction simple suivie de l'évacuation du liquide.

Dans tous les cas où elle a été mise en œuvre, la récurrence s'est produite. Aussi a-t-on eu recours à la ponction suivie d'injection iodée, mais elle ne semble guère avoir donné de meilleurs résultats. Nous ne saurions, pour notre part, approuver un acte opératoire qui consiste à injecter à l'aveugle un liquide caustique dans une séreuse pouvant communiquer avec une articulation voisine de gros vaisseaux et du péritoine, et d'où il sera extrêmement difficile de faire ressortir la totalité du liquide injecté. Signalons pourtant la guérison obtenue par ce procédé par Chassaignac (ob. IV). C'est à la méthode destructive qu'il faut avoir recours. L'extraction totale est évidemment la méthode de choix mais elle n'a pu être mise en pratique que dans un seul cas (obs. XII). On en comprend les raisons :

la poche est en effet profondément située ; elle adhère intimement aux parties voisines, elle se prolonge parfois très loin, soit en dedans, soit en dehors, soit en haut, soit en bas ; il est impossible d'atteindre tous les recessus. On ne peut guère employer que l'incision seule avec résection partielle de la poche.

Mais l'incision demande à être conduite avec précaution. Elle doit être menée parallèlement au grand axe de la cuisse ; on incisera autant que possible sur la partie culminante de la tumeur en évitant d'intéresser d'importants organes tels que des filets du crural ou les vaisseaux fémoraux. En général la section commence à l'arcade crurale pour finir à 4 ou 5 cent. au-dessous. On évitera de la prolonger trop par en haut dans la fosse iliaque, on peut en effet s'exposer à couper comme cela advint à Rose une branche de la circonflexe iliaque. En manœuvrant dans une région dangereuse on fera bien, dans la plupart des cas, de donner du chloroforme.

La section étant faite en dehors des vaisseaux et en dedans du couturier on tombe le plus souvent d'emblée sur les faisceaux du psoas iliaque soulevé et sur le nerf crural. On inclinera celui-ci avec un grand écarteur ; et on protège les vaisseaux fémoraux. Puis passant à travers les fibres du psoas ou en dehors de lui, on fend la tumeur. Lorsque le contenu est évacué, on explore méthodiquement la cavité du kyste et on se comporte différemment suivant les résultats que fournit l'examen biopsique.

Si le kyste est séreux, on essaiera d'obtenir une réunion rapide après modification de la poche à l'aide d'une solu-

tion phéniquée forte ou de chlorure de zinc au 10^e. Un drainage pendant quelques jours est utile.

Lorsque la cavité paraît tant soit peu suspecte, qu'il y a lieu de soupçonner la nature bacillaire de l'affection et à plus forte raison lorsqu'on est en présence d'une lésion manifestement tuberculeuse on joindra à l'incision le grattage de la poche, le lavage aux liquides modificateurs, le drainage à la gaze iodoformée. On pourra aussi comme le fit M. Schwartz user des pansements au naphtol camphré. Parfois de semblables hygromas guérissent rapidement d'une façon satisfaisante. Dans quelques cas ils laissent à leur suite des fistules, enfin ils ne sont souvent que le prélude d'une affection plus profonde, c'est-à-dire d'une coxalgie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (FRICKE).

Hygroma tuberculeux suppuré de la bourse iliaque communiquant avec l'articulation de la hanche. — Mort.

Homme de 35 ans qui présentait une douleur très vive descendant le long de la face antéro-interne de la cuisse ; il existait une grosse tumeur répondant par son siège et sa forme à la bourse muqueuse sous-iliaque gauche. Tout le membre inférieur droit était le siège d'un œdème considérable. Le malade meurt de tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — La tumeur s'étendait depuis l'épine iliaque antéro-supérieure près du ligament de Poupart, jusqu'au 1/3 supérieur du fémur. Après la réunion par une section transversale de deux incisions faites pendant la vie, la peau se laisse librement rabattre sur le ligament de Poupart, et montre à nu tous les muscles, le tissu cellulaire sous-cutané changé en une masse ichoreuse. Sous le ligament de Poupart, là où le tendon arrive sur la crête pectinée à côté des vaisseaux de la cuisse existe un cul-de-sac rempli d'une masse ichoreuse. Au même endroit un autre trajet fistulaire se dirigeait profondément dans l'intérieur vers les ischions. Tout près de l'endroit où le muscle psoas passe sur la crête iliaque existe une autre collection purulente. Les os du bassin, vertèbres, sacrum, coccyx étaient sains et ne présentaient pas de nécrose. Le psoas était complètement décoloré ; son perimysium est intact.

Le ligament capsulaire mis à nu est presque noir, épaissi, rigide et manifestement dégénéré ; à la partie postéro-interne du grand trochanter apparaissait libre au milieu des muscles une cavité purulente communiquant avec le ligament de la capsule par une petite

ouverture. On met à nu la bourse iliaque, celle-ci, d'une grosseur et d'une étendue considérables, est remplie de pus, qui, sur plusieurs points, s'est frayé une issue ; il existe des collections purulentes aussi bien dans les muscles que dans le tissu cellulaire, à la partie supérieure de la cuisse et le long du muscle psoas. Il existe une ouverture de communication de forme ronde, de la taille d'un groschen, entre la bourse et l'articulation, à travers laquelle apparaissait la tête articulaire nécrosée. Après section du ligament de la capsule à sa partie postérieure, où il était le plus décoloré et le plus épaissi, et séparation du ligament rond, on voit toute la surface de la tête articulaire, nécrosée, atrophiée, bosselée et noire ; le revêtement cartilagineux était complètement détruit. Vers le col du fémur qui n'était nécrosé qu'à la face antérieure, on voit la séreuse synoviale ramollie, et épaissie et végétante. Quant à la portion qui délimitait la communication avec la bourse iliaque elle était en partie épaissie et, en un point voisin de l'orifice de communication avec la bourse, visiblement ramollie.

OBSERVATION II (LUSCHKA in EHRLE).

Hygroma aigu au cours d'une pyohémie. — Mort.

Jeune fille, morte d'infection purulente consécutive à une thyroïdectomie. A l'autopsie on trouva la bourse sous-iliaque gauche remplie de pus. Articulation coxo-fémorale libre. Veine fémorale oblitérée par un thrombus.

OBSERVATION III (VELPEAU, in thèse de JOLY).

Kyste séreux de la bourse sous-psoidienne ; ponction simple, insuccès.

Après avoir éliminé toutes les tumeurs réductibles, le professeur Velpeau s'arrêta un instant à l'idée d'un abcès froid ou d'une maladie de l'articulation, ou enfin d'un kyste de la bourse séreuse sous-psoidienne. Cependant la bonne constitution du sujet éloignait l'idée d'un abcès. La situation de la tumeur au devant de l'articulation aurait pu faire croire à une affection de cette dernière ; mais l'absence de douleurs et de déformation, la liberté des mouvements de la hanche, ne

permirent pas de s'arrêter plus longtemps à cette pensée, il ne restait donc plus que les kystes à invoquer. Ce n'était pas un kyste superficiel ; sa forme, sa situation et surtout sa profondeur, tout semblait donc accuser la bourse séreuse du psoas iliaque.

Ponction exploratrice : issue d'un verre de sérosité ; disparition complète de la tumeur. Celle-ci reparut au bout de quelques jours. Le malade ne permit pas de faire une injection iodée.

OBSERVATION IV (CHASSAIGNAC) Résumée (1).

Kyste séreux de la gaine du psoas iliaque. Injection iodée. Guérison.

Roussel, journalier, constitution vigoureuse, est entré à l'Hôtel-Dieu le 20 décembre 1844.

Il y a un an, ce malade ressentit des douleurs assez vives dans la région lombaire et dans la cuisse gauche, douleurs qui disparaissaient et se reproduisaient à des intervalles irréguliers. Un mois après le début de cette affection le malade dut renoncer à tout travail, il y a quatre à cinq mois seulement qu'il s'aperçut de la formation d'une tumeur dans l'aîne, tumeur située au-dessous du ligament de Fallope entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'orifice inférieur du canal inguinal, grosse comme un œuf de poule, tumeur qui ne présentait de fluctuation en aucun point.

On diagnostique d'emblée un kyste de la gaine du psoas iliaque. Une ponction pratiquée donne issue à un liquide limpide citrin semblable à de la synovie légèrement colorée. Pas de résultats. Une seconde ponction pratiquée, 25 jours plus tard, ramène un liquide filant, citrin, transparent (un verre environ). Injection avec parties égales d'eau et de teinture d'iode. Le 10 février la tumeur s'effaçait de plus en plus et le 21 la résorption est presque complète. Il ne reste plus qu'un petit noyau à peine appréciable. Exeat.

(1) Bien que Chassaignac intitule son observation kyste de la gaine, nous croyons avec Duplay qu'il s'agit d'un kyste de la bourse séreuse. Les symptômes ressemblent en effet à ceux qu'on doit assigner à cette dernière affection.

OBSERVATION V (NATALIS GUILLOT in MAISONNEUVE).

Hygroma chronique simple de la bourse du psoas communiquant avec l'articulation de la hanche atteinte d'arthrite sèche.

Vieillard septuagénaire atteint d'une pneumonie double. On apprend que la marche était très gênée et qu'il sortait peu de son lit depuis quelque temps. Il se servait d'une béquille depuis une vingtaine d'années. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont possibles et même faciles ; il y a un raccourcissement de plus de 4 centimètres. Aucune déformation du côté externe et postérieur de l'articulation.

La région inguinale seule offre à considérer une tumeur sous-jacente à l'artère qu'elle soulève et dont on voit les battements ; la veine crurale est également soulevée et plus superficielle. La limite inférieure de la tumeur est à 3 centimètres environ du ligament de Poupart ; sur les côtés, elle dépasse l'artère, qui la coupe à son milieu, de 3 centimètres en dedans et en dehors. En haut, la délimitation est obscure et impossible. Cette tumeur, du volume d'une pomme environ, est lisse et régulière ; elle est fluctuante et douloureuse au toucher.

Le malade étant mort de sa pneumonie, on rencontra à l'autopsie les particularités suivantes :

1° Disparition de la tête et du col du fémur ; il n'existe plus qu'une surface lisse, autour de laquelle s'insère la capsule de l'articulation coxo-fémorale. La cavité cotyloïde a disparu et est remplacée par une surface légèrement saillante ; plus de bourrelet graisseux ni de ligament interarticulaire. La capsule naît de cette surface articulaire de l'os iliaque et va s'attacher au fémur ; elle est distendue par une certaine quantité de liquide synovial, jaunâtre, filant et visqueux.

En examinant la capsule synoviale, on trouve dans le voisinage du petit trochanter, au-dessus de cette éminence et de l'insertion des muscles psoas et iliaque, un orifice dans lequel on peut, sans difficulté, introduire le doigt, cet orifice est le commencement d'un canal qui contourne la direction des muscles psoas et iliaque, et vient aboutir, en dedans du tendon de ces muscles, à la tumeur située dans l'aîne. Cette tumeur, en rapport en dehors avec les muscles psoas et iliaque, et avec le couturier, en dedans avec les adducteurs, en arrière avec la branche

horizontale du pubis et le muscle obturateur externe, soulève en avant l'artère et la veine, dépasse en haut le ligament de Fallope et se prolonge le long des muscles psoas et iliaque dans le bassin, dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Cette tumeur renferme de la synovie que la pression refoule dans l'articulation coxo-fémorale et qui parcourt alors le canal que je viens d'indiquer. Ce liquide est absolument le même que le liquide contenu dans l'articulation. L'enveloppe de cette tumeur est fibreuse, dense et consistante ; elle se confond avec la capsule fibreuse de l'articulation et paraît être de même nature. Cette enveloppe adhère intimement aux muscles psoas et iliaque, ainsi qu'aux vaisseaux et aux nerfs cruraux qui sont aplatis et divisés au devant d'elle.

La surface interne de la tumeur est inégale, commune et jaunâtre, comme les surfaces de la membrane séreuse articulaire. On ne remarque dans les anfractuosités de cette surface aucune trace de pus ou de matière osseuse.

OBSERVATION VI (RICHET in EHRLE).

Hygroma chronique simple de la bourse séreuse sous-iliaque. — Pas de communication avec l'articulation de la hanche. — Ponction et injection iodée. — Guérison.

Ehrle, de passage à Paris, a observé à la Pitié dans le service de Richet le cas suivant :

Début. — Un tonnelier vigoureux, âgé de 33 ans, ressentait depuis bientôt 13 ans de vives douleurs à la face antérieure et interne de la cuisse droite. Ces douleurs partaient d'un point situé dans le pli inguinal ; elles irradient parfois jusque dans le genou. Depuis 4 mois seulement le patient a remarqué l'apparition à la partie supérieure du triangle de Scarpa d'une tumeur offrant le volume d'un œuf de poule.

Etat actuel. — Cette tumeur ovoïde à grand axe longitudinal siège exactement en arrière et un peu au-dessous du ligament de Fallope, à la partie externe de la région inguino-crurale, immédiatement en dehors des vaisseaux fémoraux. Le grand diamètre de la tumeur est parallèle au bord interne du psoas. La peau est mobile sans modification de couleur ni d'épaisseur. En portant le fémur dans l'extension, la

tumeur durcit, dans l'attitude opposée on la sent molle et nettement fluctuante et on constate d'une façon très manifeste que le psoas est soulevé par elle. Les manœuvres consistant à porter la cuisse en extension et en rotation externe exagèrent notablement les douleurs qui sont atténuées lorsque le membre est fléchi. Articulation de la hanche absolument libre.

Opération. — Richet ponctionne cette tumeur et évacue un liquide clair, visqueux, avec quelques « concrétions albumino-fibreuses » (grains riziformes ?) La ponction est suivie d'une injection iodée ; réaction modérée : guérison.

OBSERVATION VII (HEINEKE).

Hygroma séreux chronique de la bourse sous-iliaque. — Communication avec l'articulation coxo-fémorale; applications externes irritantes. — Insuccès.

Jeune femme de 34 ans, observée à la clinique de Dreifswald.

Début. — Il y a plusieurs années cette malade présenta une inflammation rhumatismale des articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale du même côté. L'arthrite du genou laissa à sa suite pendant plusieurs mois une hydarthrose qui finit par se résorber spontanément au bout de quelque temps. Lorsque la malade reprit ses essais de marcher elle ressentit une grande faiblesse dans les hanches. Les cuisses refusaient de la porter et la patiente dut s'aliter de nouveau.

Etat actuel. — A l'examen de la hanche droite on découvre une tumeur d'un volume notable, nettement fluctuante, indolente à la pression, qui, commençant légèrement au-dessus de l'arcade de Fallope, se prolonge en bas le long du muscle psoas iliaque et soulève l'artère fémorale.

Une pression soutenue exercée sur la tumeur a pour effet d'en diminuer le volume ; mais elle reprend ses dimensions primitives dès qu'on cesse cette pression.

Les mouvements passifs de l'articulation coxo-fémorale s'accomplissent librement et sans souffrance ; mais dans les mouvements communiqués d'une grande amplitude, on sent à certains moments un bruit crépitant. Les mouvements actifs se font sans force et sont étroitement

limités. S'appuyant sur la situation et la direction de la tumeur fluctuante, sur la réductibilité partielle, sur les troubles fonctionnels concomitants de l'articulation de la hanche (atteinte antérieurement d'une arthrite aiguë), Heineke posa le diagnostic d'hygroma séreux de la bourse iliaque.

Traitement par le repos, les vésicatoires, les badigeonnages iodés ; pas de résultat.

OBSERVATION VIII (WERNER in VOLKMANN).

Grand hygroma (?) de la bourse séreuse sous-iliaque.

Il s'agit d'un jeune homme chez lequel la tumeur, qui contenait deux litres de synovie claire, allait depuis le petit trochanter jusqu'à la crête iliaque et sous le ligament de Poupart jusqu'au bassin. L'enflure s'était produite sans inflammation et l'absence de fièvre et de douleur locale faisait repousser l'idée d'un abcès par congestion avec lequel la tumeur avait la plus grande ressemblance.

OBSERVATION IX (VOLKMANN).

Abcès tuberculeux de la bourse iliaque. — Pas de communication avec l'articulation de la hanche.

Moi-même, j'ai trouvé dans un cas de nécrose de la hanche, chez un adulte, avec tuberculose miliaire de la membrane synoviale de la bourse iliaque, un abcès de la grosseur d'un poing distendu par du pus caséux et ne communiquant pas avec l'articulation de la hanche. La paroi du sac était remplie d'une matière dense de granulations miliaires ; ganglions caséux et ramollis. Dans les autres organes, aucune tuberculose.

OBSERVATION X (ROSE).

Un cas d'abcès dans la bourse sous-musculaire du psoas. — Incision. — Amélioration avec persistance d'une fistule.

Début. — W. B..., 28 ans, garçon maigre et d'aspect chétif, se plaint depuis deux ans de sa hanche à la suite d'une fièvre typhoïde.

Depuis ce moment la marche est devenue très difficile et six semaines après il vit apparaître sur la hanche gauche une tumeur fluctuante tendant à faire saillie à la face antérieure de la région et un peu en arrière de la région fessière; cet abcès fut pris pour un abcès fessier et incisé en arrière, mais au bout de peu de jours l'erreur fut reconnue et une deuxième incision dut être pratiquée en avant, néanmoins aucune amélioration et six mois plus tard le malade revenait nous trouver avec les mêmes accidents fonctionnels.

Etat actuel. — A la face antérieure de la hanche, un pouce en dehors de l'artère fémorale, 4 pouces au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure existe une tuméfaction avec rougeur et amincissement de la peau : cette tumeur se prolonge en dedans de l'épine iliaque sous le tendon du muscle iliaque. Impossible d'étendre la jambe gauche, lorsqu'on essaie ce mouvement la tumeur devient extrêmement fixe et tendue. A la partie inférieure existe encore une fistule, trace de la première opération par laquelle se sont éliminées à plusieurs reprises des bouts d'os nécrosés.

Opération. 16 octobre 1872. — Chloroformisation. Élargissement de la fistule ; exploration digitale : on trouve l'os rugueux mais non mort exactement au niveau du point où passe le tendon du muscle iliaque ; une contre-ouverture est faite à un pouce en dedans et au-dessous de l'épine iliaque.

22. — Amélioration : injection quotidienne de solution phéniquée.

20 novembre. — Ablation d'un morceau d'os nécrosé situé au-dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure.

25. — Une petite hémorrhagie se produit lors d'un transport du malade.

3 janvier 1873. — Ablation du tube à drainage, très peu de suintement, l'extension de la cuisse est presque aussi complète que du côté opposé.

23. — Le malade quitte l'hôpital. Il reste une petite fistule antérieure; revu à plusieurs reprises il garde toujours la petite fistule par laquelle s'éliminent de temps à autre des esquisses. La marche est satisfaisante à la condition d'être modérée.

OBSERVATION XI (MICHEL CHARLESTON).

Kyste de la bourse séreuse du psoas iliaque? — Incision. — Mort (1).

Etat actuel. — Michel nous renseigne sur une grosse tumeur kystique, qui s'était développée chez un nègre de 50 ans dans la partie supéro-interne de la cuisse droite. La tumeur s'étendait du ligament de Poupert jusque dans la région de l'articulation du genou; elle présentait une fluctuation sensible et sauf qu'elle empêchait de marcher, elle ne causait aucune douleur.

Opération. — Lorsque dans l'opération on eut mis à nu la tumeur par une incision longitudinale, on vit qu'elle s'étendait jusqu'aux vaisseaux et entre les adducteurs. Un stylet permit de reconnaître un prolongement vers le bassin.

Dans les différentes manipulations, pour sortir le sac en entier, il se rompit et une grande quantité de sérosité sale en sortit. Des adhérences solides ne permirent qu'une décortication partielle de la paroi kystique. Le reste fut laissé, la plaie fermée. Mort 15 jours après. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XII (SCHÆFFER).

Grand hygroma de la bourse iliaque, communiquant largement avec l'articulation de la hanche. Incision: guérison rapide avec persistance de la mobilité articulaire.

F. Paul de Horkwitz près de Halle, 40 ans, artisan, est le 28 octobre 1879 admis à la clinique pour une tuméfaction grosse et tendue qui part dans le pli de l'aîne droite.

Début. — Le patient ne s'est jamais livré à des occupations dans lesquelles l'articulation de la hanche où les régions voisines aient été exposées à des efforts particuliers ou à des pressions exagérées. Il attribue bien plutôt sa souffrance à une chute de voiture qu'il a faite il y a 2 ans et dans laquelle la partie supéro-interne du fémur a dû être particulièrement contusionnée.

(1) Nous reproduisons cette observation dans un intérêt purement documentaire, Schæffer la considérant comme un cas d'abcès de la bourse séreuse sous-iliaque. Rien ne nous paraît moins prouvé. Voir page 39, note 1.

Ce ne fût qu'au printemps de 1879 c'est-à-dire 1 an $1/2$ après le traumatisme qu'il commence à se plaindre de douleurs et de légers troubles fonctionnels. Bientôt après, il remarque à la partie supéro-interne de la cuisse une tuméfaction du volume d'un citron ; celle-ci augmente rapidement surtout par en haut gagnant le pli inguinal, les douleurs deviennent plus violentes et prirent le caractère des douleurs des vieilles sciatiques, irradiant dans la jambe.

Le malade se fatiguait facilement souvent, il se plaignait de fourmillements et d'engourdissements dans tout le membre inférieur.

Etat actuel. — Malade vigoureux bien que paraissant plus vieux que son âge réel ; pas de fièvre. A l'examen on est frappé par un amaigrissement marqué du membre et on constate dans la région inguinale sous le ligament de Poupart, une tuméfaction tendue grosse comme la tête d'un enfant, qui confine du côté interne aux gros vaisseaux. De forme ovoïde, elle pointe un peu vers la peau, mais paraît surtout profondément encastrée dans la musculature de la cuisse. Le diamètre longitudinal de la tuméfaction suit sensiblement la direction du psoas.

La cuisse est instinctivement tenue en flexion légère, mais quand on cherche à l'étendre complètement on provoque de violentes douleurs ; celles-ci ne font qu'augmenter l'orsqu'on essaie de porter le membre en abduction et en rotation externe ; la tuméfaction acquiert alors une dureté véritablement ligneuse. La cuisse étant portée en flexion, on reconnaît que la tumeur devient plus molle et manifestement fluctuante. Lorsqu'on explore le membre dans cette attitude on reconnaît plusieurs détails importants, d'une part le bord supérieur de la tuméfaction, sous-jacent à l'arcade de Fallope et régulièrement courbe à convexité supérieure ; d'autre part on constate l'existence d'une seconde tumeur, plus petite et grosse comme une pomme, située immédiatement en arrière du grand trochanter et adjacente au bord inférieur du muscle grand fessier. Les caractères de cette seconde tumeur sont les suivants : lorsque la jambe est étendue elle devient dure comme un fibrome, lorsqu'elle est fléchie on la sent plus molle et on peut la réduire complètement : mais aussitôt la tumeur externe se distend : il

n'y a pas de doute que ces deux cavités ne communiquent entre elles dans la région du petit trochanter.

Les mouvements de l'articulation de la hanche sont complètement libres, pas de distension de la capsule articulaire ; la tête du fémur est bien solide dans la cavité, aucun signe de carie de la colonne vertébrale.

On hésitait entre un hygroma de la bourse iliaque ou un kyste à échinocoques. Une ponction exploratrice faite avec une seringue de Pravaz ramena un liquide jaune comme de l'ambre, filant et consistant comme du blanc d'œuf.

Opération 11 novembre 1879. — On fait avec les plus grandes précautions antiseptiques sur la région supéro-externe de la cuisse une section longitudinale de 4 pouces ; le sac blanc séreux est mis à nu, on l'incise sur une étendue de deux pouces et on recueille 60 grammes d'un liquide clair analogue à la synovie ; la paroi du sac est épaisse de 2 à 4 lignes, elle a perdu sa souplesse, ne revient pas sur elle-même et simule un vieux sac d'hydrocèle, la surface interne de ce sac est blanche, brillante, et régulièrement cloisonnée par des travées conjonctives ; elle est parsemée de petites végétations qui font saillie dans la cavité, la paroi ressemble en un mot à celle d'un ancien hygroma prérotulien. Le sac sur la plus grande partie de son étendue se sépare des parties molles environnantes ; on arrive à l'isoler et à en pratiquer l'extraction totale ; l'examen histologique ne laisse pas de doute sur la nature de la paroi, il s'agit bien d'un hygroma.

Encore plus importants sont les résultats que nous fournit l'exploration digitale : le psoas fait saillie en avant et à l'intérieur de la cavité d'une façon si marquée qu'il est presque entièrement enveloppé de liquide, en le suivant on arrive au petit trochanter dont on peut faire le tour avec le doigt. Sur le petit trochanter et sur le bord interne du ligament de Bertin qui se détache facilement sous le doigt se trouve dans la capsule de l'articulation de la hanche un grand orifice au rebord dur et tranchant. Par cet orifice qui fait communiquer la bourse kystique avec la cavité articulaire on peut introduire deux doigts et sentir ainsi le col du fémur complètement libre. L'ongle peut pénétrer dans cette position entre la tête du fémur et la cavité ; par contre on ne

parvient pas en essayant de glisser le doigt entre le col et le petit trochanter à pénétrer dans la partie postérieure plus petite de l'hygroma. La connexion doit donc être étroite et cachée, cependant elle est indubitable puisque la tuméfaction postérieure s'est complètement vidée après l'incision.

L'opération a été faite sous le spray, deux drains, longs et épais sont introduits, l'un pénètre exactement jusqu'à l'orifice de communication entre la bourse et l'articulation, l'autre est placé dans le cul-de-sac de la bourse qui se dirige vers l'abdomen ; lavage soigneux avec l'eau phéniquée à 5 0/0 ; seize points de suture sur la grande incision ; pansement occlusif et compressif de Lister, poids pour étendre.

Pas de réaction locale bien que la température atteignit les premiers jours 38°,6. La guérison par première intention, mais chose extraordinaire la sécrétion très modérée cessa bientôt complètement, tantôt légèrement synoviale tantôt teintée de sang.

Au 17 novembre, 6^e jour, les 2 drains furent enlevés. Le 22 en pressant fort sur les endroits où il y avait eu les drains, pas une goutte ne fut sécrété. Le 27 on supprime le pansement antiseptique. Le 9 décembre, le patient se lève et fait des exercices de marche. Le 30 il quitte guéri la clinique. Pas de rechute, les mouvements de l'articulation de la hanche sont libres.

OBSERVATION XIII (PRENGRUEBER-PÉRIER).

Hygroma de la bourse séreuse du psoas. — Ponction simple ; récédive.

Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, charretier, qui est entré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Périer pour une tumeur de la région inguinale.

Début. — Cette tumeur, dont le début est assez difficile à préciser, s'est accrue lentement, graduellement, sans attirer tout d'abord l'attention du malade. Lorsqu'elle eut atteint le volume d'un œuf de poule environ, elle commença à provoquer une certaine gêne dans les mouvements du membre et quelques douleurs à forme névralgique le long du trajet du nerf crural. C'est alors que le malade entra à l'hôpital où il fut examiné par M. Prengrueber, qui suppléait à ce moment M. Périer.

Etat actuel. — La tumeur occupe la partie supérieure et externe du triangle de Scarpa, mais on sent avec netteté qu'elle se prolonge sous l'arcade crurale. Elle est nettement circonscrite au milieu des tissus environnants et ses contours sont faciles à délimiter avec les doigts, aussi bien dans sa partie intra-pelvienne que dans sa partie extra-pelvienne. La consistance de la tumeur est dure, mais en même temps elle est rénitente, et donne l'impression d'une tumeur liquide dont les parois résistantes s'étaient fortement distendues. Il y avait une résistance absolue à toute tentative de réductibilité. Enfin, le siège de la tumeur est très profond. L'artère fémorale, fortement repoussée en avant et en dedans, se sent pour ainsi dire à fleur de peau, et les fibres du psoas également repoussées en avant se dessinent immédiatement sous la peau, et avec la plus grande netteté, dès que le malade fléchit la cuisse sur le bassin.

Se fondant sur l'absence de toute lésion osseuse (vertèbres, os iliaque) et de points douloureux au voisinage de la tumeur, M. Prengreber se rangea à l'hypothèse d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas.

Les pressions exercées par le chirurgien déterminent une sensation pénible dans la région, mais aucune d'elles ne révèle la présence d'un point particulièrement sensible.

Opération. — Dans ces conditions, une ponction fut faite avec l'appareil de Potain ; elle donna lieu à la sortie d'un liquide clair, filant, glutineux, analogue au liquide de tous les hygromas. Le diagnostic se trouvait donc confirmé.

Le liquide évacué, le malade fut tenu au repos, puis renvoyé guéri quelques jours après. La tumeur avait disparu, et avec elle tous les troubles mécaniques qui en étaient la conséquence.

Malheureusement, le malade ayant été obligé de reprendre ses pénibles travaux, il dut revenir un mois après ; la tumeur s'était reproduite. Elle avait quelque peu changé de caractère, en ce sens qu'elle était le siège de phénomènes inflammatoires, d'ailleurs très légers. Elle était moins bien circonscrite au milieu des tissus du voisinage, et ceux-ci étaient le siège d'un certain degré d'empâtement ; le malade éprouvait en outre quelques petits élancements.

Le repos, quelques émollients, firent disparaître tous ces accidents et firent même diminuer la tumeur, de telle sorte qu'à l'heure actuelle le malade se trouve à peu près dans les conditions où il se trouvait au moment de sa première sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XIV (SPRENGEL).

Grand hygroma de la bourse iliaque communiquant avec l'articulation de la hanche. — Incision. — Drainage. — Guérison rapide avec persistance de la mobilité articulaire.

Commémoratifs. — Le malade Frudenberg, âgé de 51 ans, domicilié à Dresde, issu d'une famille saine, est d'une bonne santé habituelle, et a plusieurs enfants bien portants. Depuis bientôt un an, souffrant sans motif connu de douleurs au genou droit, il remarqua depuis 5 mois, une tuméfaction dans la région droite du ligament de Poupert, et une légère douleur dans les mouvements de l'articulation de la hanche. Peu à peu, la jambe droite maigrit d'une façon notable ; le malade devint incapable d'un travail persistant, bien qu'il fut capable d'un grand effort momentané. Le médecin traitant, D^r Michelet, avait cru d'abord à une affection ganglionnaire, puis à un abcès du bassin ; il nous adressa le malade, le 9 octobre de cette année à ma clinique pour l'opérer : la fluctuation devenait de jour en jour plus sensible : la tumeur grossissait à vue d'œil.

Etat actuel. — Bien portant, vigoureusement charpenté, homme un peu décharné, les organes intérieurs paraissent sains ; le patient boite en marchant, d'une manière très marquée, comme s'il eut été depuis longtemps affecté de sciatique. Les douleurs sont insignifiantes ; le malade se plaint surtout d'une sensation de faiblesse dans la jambe droite ; celle-ci est dans toute son étendue notablement amaigrie. Dans la région de la cuisse supérieure, sur la partie antérieure de l'articulation de la hanche droite, on remarque une tuméfaction ovoïde. Celle-ci a ouvertement son siège sous le ligament de Poupert et entre quelque peu dans le bassin, elle s'étend en bas jusqu'à environ 6 centimètres sous le ligament de Poupert, du côté interne jusqu'à la limite du $\frac{1}{3}$ interne et médian de ce même ligament, du côté externe en haut jusque

près de l'épine iliaque antérieure et supérieure, plus loin et plus bas elle est limitée par le bord antérieure du tendon du fascia lata.

La palpation donne :

1° Une fluctuation d'une élasticité peu souple lorsque l'on étend le membre inférieur tandis que dans la flexion, la fluctuation devient insignifiante, si l'on exerce une pression intermittente, on sent un petit craquement sous le doigt.

2° Refoulement de l'articulation du fémur du côté interne, elle est environ sur une ligne qui pourrait partager en 2, encore une fois la moitié des distances entre le pubis et l'épine iliaque.

L'articulation de la hanche est visiblement et complètement intacte ; la légère limitation des mouvements n'est produite que par l'effet de la tuméfaction du voisinage. Aucun refoulement du bassin, aucune fixation de l'articulation en position vicieuse, articulation normale.

A la colonne vertébrale et au bassin, exploration par le rectum. Aucune affection sensible. La ponction exploratrice évacue un liquide jaune, légèrement teinté et un peu visqueux.

Opération, 17 octobre 1886. — A cause de l'ouverture probable de l'articulation, spray. Incision longitudinale entre le couturier et l'articulation fémorale. Le nerf crural qui se place, assez tendu, sur la voûte de la tumeur tombe précisément dans la ligne de l'incision, il est attiré à l'extérieur, le muscle couturier du côté interne.

Incisions lentes qui mettent à jour les couches fibreuses qui recouvrent la tuméfaction jusqu'à ce que le sac d'un gris bleu brillant apparaisse. Large incision du sac ; on vide environ $\frac{1}{3}$ de litre du liquide ci-dessus cité. La paroi intérieure du sac mince qui s'affaisse après l'incision se montre complètement unie ; en deux ou trois endroits excroissances pédunculées, minces, semblables à des ranges articulaires, on les enlève avec les ciseaux.

A la première inspection de la cavité, on n'aperçoit aucune communication avec l'articulation de la hanche ; à ce moment on ne pourrait voir que la surface interne de la partie postérieure du sac, mais lorsqu'on eut fortement tiré du côté interne la paroi du sac, on aperçut sur le côté antérieur et interne de l'articulation un orifice large environ comme un thaler. Les parois des deux cavités se continuaient l'une

l'autre sans limites précises. Nous seulement on pouvait sentir facilement du doigt, mais encore apercevoir sans difficulté les mouvements communiqués à la tête de l'articulation. On ne constate point de relâchement de la capsule articulaire. La poche supérieure de l'hygroma pénétrait en haut dans le bassin de quelques centimètres ; du côté interne on pouvait en suivant les parois de l'hygroma palper la région du petit trochanter.

Pour terminer l'opération, lavage complet avec de l'eau phéniquée à 2 1/2 0/0 ; irrigation avec du sublimé 1/500, on introduit un gros drain dans le cul-de-sac supérieur et vers le côté interne de dehors en dedans ; suture de la plaie, pansement antiseptique, On place en lavant une attelle droite. La température, qui monte le second soir à 38° 2, redevint bientôt normale. Le septième jour premier pansement, ablation du drain et du fil de suture. Le 14^e jour 2^e pansement, toute la plaie est fermée à l'exception d'un petit bourgeonnement à la place du drain. Après le 3^e pansement le malade commença à se lever.

Le 19 novembre le malade est considéré comme guéri, l'articulation est mobile qu'avant l'opération : aucune douleur.

OBSERVATION XV (LE DENTU-DAGRON).

Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque. — Mort par infection purulente.

S. Charles, âgé de 69 ans, charretier, est entré le 12 novembre 1890, salle Malgaigne, n° 28, dans le service du docteur Le Dentu.

Début. — On ne relate rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires de cet homme qui déclare d'ailleurs n'avoir jamais été malade sérieusement. Il est porteur d'une hernie inguinale droite depuis 1888, celle-ci apparut brusquement pendant un effort ; elle le gênait peu, puisqu'il la maintenait avec un bandage qu'il s'était confectionné avec une serviette et un coussin. Vers le milieu d'octobre 1890, il commença à ressentir quelques vagues douleurs dans la région inguinale droite, il remarque alors la présence d'une tumeur grosse comme une noix, dit-il, bien indépendante de sa hernie. Ne sachant à quelle affection at-

tribuer la cause de ses douleurs commençant à ressentir de la gêne dans sa marche il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Le jour de son entrée on constate, en effet, à la région inguinale droite, deux tumeurs, une externe et une interne. La première tumeur affecte la forme d'un losange dont le plus grand diamètre horizontal correspondrait au pli de l'aîne et mesurant 8 centimètres, tandis que le diamètre vertical n'aurait qu'une longueur de 5 centimètres. On sent battre l'artère à la partie interne de la tumeur dont la partie la plus extrême correspond à l'épine iliaque.

Elle est très molle, nettement fluctuante; on ressent cette fluctuation au-dessus de l'arcade de Fallope et elle est très manifeste par la double palpation abdominale et crurale. On ne sent aucune irrégularité, aucune bosselure. En faisant contracter le couturier, on voit qu'elle est placée sous ce muscle. Les mouvements de la hanche ne sont pas douloureux.

La seconde tumeur est une hernie inguinale réductible, entéro-épiplocèle tendant à devenir scrotale.

L'état général est très bon, on ne trouve rien d'anormal dans les viscères, les urines sont normales. Comme le malade se plaint de douleurs dans la région inguinale et qu'on ne sait au juste à laquelle des deux tumeurs en attribuer la cause, on opère successivement kyste et hernie.

Le 27, on fit sur la poche kystique une ponction avec l'aspirateur Potain. On retire 250 grammes d'un liquide filant, transparent, légèrement citrin que l'analyse chimique démontre être très riche en albumine. On mit un peu de collodion sur la piqûre et on pratiqua la compression ouatée. Mais le liquide se reproduisit rapidement et en 8 jours la poche avait repris son volume primitif.

OPÉRATION, 9 décembre, sous le chloroforme, M. le Professeur Le Dentu fit une incision cutanée sur la tumeur, disséqua le couturier et le droit antérieur, ouvrit la poche kystique, il s'écoula environ 250 grammes du même liquide filant, obtenu par la 1^{re} ponction. En explorant ensuite la poche on trouva le trajet abdominal, en rapport avec le muscle psoas iliaque, puis en dedans le doigt ressentit un nouveau trajet interne postérieur avec vaisseaux fémoraux contournant l'extrémité supérieure de

la diaphyse fémorale. On ne remarque pas à ce moment de communication avec l'articulation. Elle existait peut-être, mais elle n'était pas assez manifeste pour qu'on la constatât. On plaça un gros drain dans la poche, l'extrémité du drain étant située dans le cul-de-sac interne, donc sous la tête articulaire, puis on fit un lavage à l'eau phéniquée forte et au chlorure de zinc, puis on appliqua sur la plaie un pansement ouaté et compressif.

Huit jours après l'opération le malade allait très bien ; il n'y a aucune suite opératoire, le pansement avait été remplacé plusieurs fois à cause de l'écoulement abondant de matières séreuses dû sans doute à l'injection de chlorure de zinc. Mais il s'agissait d'un opéré indocile qui s'était levé les premiers jours de l'opération, qui avait déjà défait son pansement deux fois et dont la plaie était ainsi restée deux nuits découverte en contact avec les draps. Aussi de graves complications ne tardent pas à survenir.

Le 18 décembre, après une nuit agitée, il fut pris de frissons répétés avec sueurs profuses et ressentit une violente douleur dans la hanche droite. On fit un nouveau lavage de la place puis on remit un pansement humide sur la région inguinale.

Malgré les pansements et les lavages répétés ; malgré les médicaments antithermiques quotidiens, l'infection suivit son cours. Après la hanche droite, la hanche gauche devint malade, puis l'épaule gauche. On fit une contr'ouverture à la poche kystique inguinale droite en donnant un coup de bistouri à la région interne, on fit aussi ressortir le drain, on pratiqua encore des lavages boriqués et même phéniqués. Les accidents généraux augmentèrent peu à peu d'intensité, puis la congestion pulmonaire vint augmenter les désordres fonctionnels et le malade mourut après coma le 28 décembre, 10 jours après le début des accidents généraux, 20 après l'opération.

AUTOPSIE. — On disséqua avec soin le triangle de Scarpa pour connaître les limites exactes de la tumeur. Elle s'étendait en haut sur le psoas et remontait sur le muscle iliaque à 4 centimètres au-dessus du ligament de Poupart. Sur les côtes, elle se mettait en dehors, en rapport avec le couturier et le droit antérieur qu'elle soulevait même un peu, se glissant entre les muscles ; en dedans, elle correspondait à

la tête fémorale, puis envoyait en bas un prolongement situé sous les vaisseaux et contournant le fémur pour venir se terminer à la partie postérieure de cet os ; ce cul-de-sac est situé entre le moyen et le grand adducteur.

Le drain se trouvait donc placé entre le psoas et les vaisseaux, puis contre le col du fémur et remontait à la région interne entre la masse des adducteurs. Au niveau du contact du drain avec l'articulation il y a communication entre la séreuse iliaque et la séreuse articulaire. Cette communication est longue de 4 centimètres et correspond juste au drain ; celui-ci a d'ailleurs creusé une dépression en gouttière à l'union de la tête et du col du fémur. Les tissus de voisinage sont œdématisés, les parois de la poche sont épaisses de 2 millimètres environ ; mais ces parois ne sont bien nettes qu'à la partie supéro-externe. A l'ouverture de l'articulation on ne trouve rien d'anormal ; dans toute la poche d'ailleurs, il n'y avait pas une goutte de pus.

On procède alors à l'autopsie des articulations de l'épaule et de la hanche du côté gauche.

A l'épaule les tissus périarticulaires sont infectés d'un pus épais qui se présente sous forme de fausses membranes ; on en trouve entre les fibres du deltoïde, sous le deltoïde, dans les bourses séreuses du voisinage, dans l'articulation elle-même.

A la hanche gauche, les lésions étant un peu plus anciennes il y avait plus de pus collecté. On en trouvait dans l'articulation coxo-fémorale et dans la bourse du psoas qui ne communiquait pas avec l'articulation. On n'a rien trouvé d'anormal dans les autres articulations, ni dans les viscères ; le cœur a des valvules saines, il n'y a pas d'abcès dans le foie, dans la rate, ni dans les reins.

Il existe de la congestion aux deux bases du poumon.

OBSERVATION XVI (SONNEBORN).

Hygroma de la bourse séreuse iliaque ; bandage compressif ; guérison.

Behrend Charles, sacristain (3 ans à Augusta Hôpital S. 273), 46 ans, entre le 12 janvier 1874.

Depuis juin 1873 le malade est traité pour une affection rhumatis-

male de la hanche ; il n'y a pas eu de traumatisme. La marche et la station debout est impossible ; pas de signe de coxalgie. A la surface antérieure de la cuisse, dans le voisinage de la capsule articulaire, légère tuméfaction ; douleur et fluctuation indécises. Traitement par bandage, plâtre et glace.

La douleur diminue peu à peu. Une fois qu'on a enlevé le bandage, rigidité invincible, qui doit être combattue par des mouvements passifs et par des bains. Il quitte l'hôpital le 5 mai 1874, avec l'articulation de la hanche normale.

Revu un an plus tard, il était encore bien portant.

OBSERVATION XVII (inédite, due à l'obligeance du D^r SCHWARTZ).

Hygroma tuberculeux de la bourse du psoas. — Incision.

— *Grattage, récédive, coxalgie secondaire.*

Chap. Claude... 44 ans, carrier, entré le 8 décembre 1895 salle Demarquay, lit 4.

Début. — Ce malade a déjà été soigné en mai 1895 et opéré ce même mois. Il a vu se développer une tuméfaction de la racine de la cuisse avec douleur, le matin surtout. Elle disparaissait dans la journée ; la tuméfaction augmentant toujours, il se présenta à la consultation de l'hôpital international où le docteur Archimbaud diagnostiqua des ganglions enflammés et conseilla une pommade fondante et du massage. Après un mois de ce traitement inutile le malade se présenta à l'hôpital Cochin et fût admis chez le docteur Chauffard qui le fit passer dans un autre service.

Ce malade a eu une pleurésie il y a trois ans et toussé de temps à autre ; homme un peu amaigri, aucun antécédent héréditaire notable.

Etat actuel. — La tumeur siège à la racine de la cuisse droite à la partie externe et supérieure du triangle de Scarpa en dehors de la fémorale qui lui communique ses battements ; elle paraît rénitente, fluctuante, mais elle semble très profondément située. Elle a le volume d'un œuf d'oie et paraît régulièrement ovoïde à grand axe vertical ; on pense à un sarcome mou ou plutôt un abcès froid sans localiser ; hanche absolument intacte.

Opération, 8 mai. — En traversant couche par couche les plans on arrive profondément sur le psoas et sur la tumeur qui n'est autre qu'un abcès froid de la bourse du psoas ; à l'incision, il s'en écoule un liquide séreux et des paquets de grains riziformes qui sont recueillis, drainage à la gaze iodoformée et pansement au naphthol.

La plaie se ferme lentement et le malade sort le 21 juillet avec une petite fistule encore ouverte.

L'examen bactériologique fait par le Dr Chauffard a montré la nature tuberculeuse de l'affection. Après son départ du service de M. le Dr Schwartz ce malade entra chez M. Quenu où l'on constata une profonde fistule et de très intenses craquements articulaires ; on se borna à lui faire quelques injections de naphthol camphré.

Etat actuel (10 décembre 1895). — Quoiqu'amaigri le malade a conservé une assez bonne apparence ; si l'appétit est diminué ainsi que le sommeil, il n'y a ni sueur ni fièvre, urines normales, au cœur un léger souffle systolique, au sommet droit légère matité et respiration obscure ; ongles hippocratiques. La jambe droite est dans l'extension, la douleur est peu vive à l'état de repos, mais si le malade veut soulever sa jambe, il est arrêté par une douleur vive et une résistance postérieure ainsi que par le craquement articulaire dont nous avons déjà parlé.

La cuisse est amaigrie, elle mesure 34 centimètres $1/2$ de circonférence tandis que le côté sain en possède 37 ; la jambe proprement dite ne présente pas d'amaigrissement. Une légère pression à peine ressentie du côté gauche devient douloureuse à droite.

La douleur spontanée est peu vive, son maximum est du côté interne du triangle de Scarpa, la rotation externe l'augmente mais non les chocs sur le talon, la marche d'ailleurs n'est pas douloureuse, le malade se sert de béquilles, accusant dans sa jambe droite surtout une sensation de faiblesse.

Ajoutons que le malade a eu dans sa jeunesse une fracture du péroné qui a laissé après elle une boiterie permanente. Le membre inférieur droit présente de l'allongement apparent.

Dans la région de l'aîne deux fistules, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du pli de l'aîne. La première conduit sur une surface osseuse dénudée ; la seconde traverse de part en part la cuisse ; l'exploration

est peu douloureuse. Aucun suintement. On prescrit des injections au naphтол camphré en attendant un acte opératoire qui paraît indispensable.

15 décembre. — Le malade est pris de fièvre ; les fistules laissent écouler un pus abondant, avec grains riziformes. Les pansements sont continués et l'opération différée. La douleur un peu augmentée atteint son maxima à la partie supéro-interne de la cuisse.

CONCLUSIONS

Des observations que nous avons recueillies nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° La vaste bourse séreuse située au-dessous du muscle psoas iliaque peut, comme les organes semblables, être le siège d'inflammations aiguës ou chroniques. Mais ces hygromas sont rares et constituent une affection à peine étudiée, dont il est impossible à l'heure actuelle d'ébaucher l'histoire complète.

2° Ces hygromas sont primitifs ou secondaires, communicants ou non communicants. Primitifs, ils s'observent surtout chez l'homme adulte adonné à des professions pénibles ; secondaires, ils compliquent les arthrites de la hanche, en particulier les arthrites rhumatismales et tuberculeuses dont ils constituent un épiphénomène qui passe sans doute le plus souvent inaperçu.

3° Ces hygromas se traduisent cliniquement par un ensemble de phénomènes frappants par leur uniformité ; parmi ces phénomènes les plus caractéristiques sont les suivants : α) existence d'une tumeur ovoïde à grand axe parallèle au tendon du psoas, située à son début dans la partie supérieure de la région ilio-inguinale, en arrière de l'arcade de Fallope, d'où elle s'étend vers deux directions ; tantôt en haut vers la fosse iliaque, tantôt en bas vers la

partie supérieure et interne de la cuisse ; β) cette tumeur siège *toujours*, lorsqu'elle n'excède pas un certain volume, très exactement en dehors de l'artère fémorale tout contre la paroi de ce vaisseau ; γ) elle soulève le psoas iliaque et est bridée par lui, aussi présente-t-elle à la palpation des caractères différents suivant l'attitude de la cuisse. Dans l'extension elle est rénitente et souvent même dure, dans la flexion, elle est molle et nettement fluctuante ; δ) la tumeur est partiellement ou complètement réductible suivant qu'elle communique ou non avec la cavité de la jointure coxo-fémorale. La communication en tant que primitive est rare, mais elle peut s'établir secondairement.

4° Le diagnostic de cet hygroma est difficile et doit être fait avec toutes les variétés de tumeurs de l'aîne. Nous croyons que les caractères symptomatiques que nous avons essayé de mettre en relief seront souvent d'un précieux secours.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

On ne trouvera indiqués ici que les ouvrages et mémoires contenant des renseignements particuliers à la bourse séreuse du psoas et à son hygroma. Mais nous ne reproduisons pas les indications bibliographiques mentionnées dans le courant de notre travail.

Chassaignac. — *Traité de la suppuration et du drainage*, 1859, t. II, p. 387.

Ehrle. — *Wurtemberg medicinische Correspondantblatt*, octobre 1868, t. 38, n° 34, p. 275.

Fricke. — *Journal der Chirurgie und Augeneilkunde*, 1834, t. 21, p. 235

Gurlt. — *Beitrage zur vergleichende Pathologisch-anatomie der Gelenkkrankheiten*. Berlin, 1853, p. 407.

Heineke. — Mémoire paru à Erlangen, 1868, p. 104.

Jaccoud. — *Dictionnaire*, t. 30, p. 38.

Joly. — Thèse inaugurale, Paris, 1847. *Diagnostic des tumeurs de l'aîne*, p. 42.

König. — *Pathologie chirurgicale*. Trad. franç., t. XIV, p. 423.

Maisonneuve. — *Clinique chirurgicale*, 1863, t. I, p. 243.

Michel Charleston. — *Journal of Americ. medic. in Centralblatt*, 1880, p. 127.

Mielly (L.). — Thèse inaugurale, Paris, 1879. *De la péri-arthrite coxo-fémorale*, p. 9.

Prengrueber. — *Gaz. Hôpitaux*, 1885, n° 132.

Rose. — *The Lancet*, 5 avril 1873.

Sonneborn. — Inaugur-dissert. Marbourg, 1894, p. 27.

Schæffer. — *Centralblatt fur Chirurgie*, 1880, n° 27.

Sprengel. — *Centralblatt fur Chirurgie*, 1887, n° 1.

Volkmann. — *Krankheiten der Gelenktorganen*, t. II, p. 822.

Werner. — In VOLKMANN, ut supra.

Notre thèse était sous presse quand a paru une leçon de M. le professeur Duplay (Semaine médicale, 17 décembre 1895) sur les pseudo-coxalgies. M. Duplay rapporte un fait intéressant dans lequel le diagnostic resta hésitant entre un hygroma de la bourse du psoas et un kyste du col du fémur.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	5
CHAPITRE I. — Notions anatomiques	7
CHAPITRE II. — Définition, fréquence. Historique . . .	16
CHAPITRE III. — Etiologie	19
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique	22
CHAPITRE V. — Symptomatologie. Evolution. Complications	29
CHAPITRE VI. — Diagnostic	39
CHAPITRE VII. — Pronostic	43
CHAPITRE VIII. — Traitement	45
OBSERVATIONS.	49
CONCLUSIONS	71
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	73

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot.— J. THEVENOT, successeur, St-Dizier (Haute-Marne).
